



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	06	Mes:	12	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

101.4.2.21 - 2021	
Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Maricela Botero Jefe Oficina Planeación, Sistemas y Desarrollo (E)
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 implementación, aplicación, apropiación y comprensión de la política y metodología de administración del riesgo en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. 2. Verificar el grado de implementación de acciones de mejoramiento conforme al ejercicio auditor realizado en la vigencia 2020 registrado en el informe 101.4.2.43.2020
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 y que tuvo actualización en el mes de septiembre de 2021 a su versión 7, siendo esta última tomada como criterio de auditoría. De igual manera no se incluyó dentro del ejercicio la valoración riesgos de corrupción, en atención a que este ejercicio se refleja en los escenarios de aseguramiento que realiza la Oficina de Control Interno al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. 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:



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

	La guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 5 – Diciembre de 2020). • De orden institucional "Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" identificada con código EGCGS-03, versión 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020 publicada en el aplicativo ISODOC.

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	09	Mes	11	Año	2021	Desde	20/10/20 D / M / A	Hasta	30/ 11/ 20 D / M / A	Día	15	Mes	12	Año	2021

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Irma Yurani Campos Tambo	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 2021, 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 durante el transcurso del trabajo de campo de este ejercicio, mediante Resolución 1485 del 17 de noviembre de 2021 adoptó el Modelo Integrado de Gestión.

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:

- ✓ De conformidad con el trabajo de campo propuesto y que para la fecha de este trabajo de aseguramiento, la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca se encontraba adelantando las actividades laborales en modo de “alternancia” con un Programa de Retorno Gradual y Seguro, se llevaron a cabo las siguientes visitas de manera sincrónica a las áreas, las cuales 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.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

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

No	CÓDIGO	PROCESOS	ÁREA RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA DE VISITA	ACTA DE VISITA
1	EDEMR-01	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	26/11/2021	119
2	EDEMR-02	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	26/11/2021	119
3	EDEMR-03	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	26/11/2021	119
4	EGCMR-01	GESTIÓN DE CALIDAD	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	26/11/2021	119
5	EFPMR-01	FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	SECRETARÍA GENERAL	19/11/2021	107
6	EAAMR-01	AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	OFICINA DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	19/11/2021	106
7	MFMMR-01	FORMACIÓN	VICERRECTORÍA ACADÉMICA Y DECANATURAS	22/11/2021	109
8	MIMMR-01	INVESTIGACIÓN	OFICINA DE INVESTIGACIONES	19/11/2021	108
9	MPMMR-01	PROYECCIÓN SOCIAL	OFICINA PROYECCIÓN SOCIAL	24/11/2021	114
10	AGAMR-01	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y RECURSOS FÍSICOS	DIVISIÓN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y RECURSOS FÍSICOS	23/11/2021	110
11	AGBMR-01	GESTIÓN DE BIENESTAR	DIVISIÓN MEDIO UNIVERSITARIO	26/11/2021	122
12	ACPMR-01	COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	23/11/2021	111
13	AGHMR-01	GESTIÓN HUMANA	DIVISIÓN RECURSOS HUMANOS	1/12/2021	125
14	AGFMR-01	GESTIÓN FINANCIERA	DIVISIÓN FINANCIERA	30/11/2021	124
15	AADMR-01	ADMISIONES	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL	26/11/2021	120
16	AGDMR-01	GESTIÓN DOCUMENTAL	SECRETARÍA GENERAL	25/11/2021	117
17	AGJMR-01	GESTIÓN JURÍDICA	OFICINA JURÍDICA	25/11/2021	118
18	AGTMR-01	GESTIÓN DE LAS TIC	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	26/11/2021	119
19	ABEMR-01	GESTIÓN RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y EDUCATIVOS	BIBLIOTECA Y RECURSOS EDUCATIVOS	26/11/2021	121

Fuente: elaboración propia

2. PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS.

2.1 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 una mejora en las actualizaciones que surtieron los mapas de riesgos de procesos, de los 19 mapas de riesgos publicados en ISODOC, 8 se encuentran en desactualización frente al criterio normativo interno "Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" identificada con código EGCGS-03, versión 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020 publicada en el aplicativo ISODOC, equivalente al 42%. De igual manera y con base en la revisión metodológica asociada al diseño de controles desarrollada durante este informe, se establece que el componente de evaluación del riesgo de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca presenta debilidad en la identificación, evaluación y gestión de eventos potenciales, tanto internos como externos, que pueden afectar el logro de objetivos de proceso y por ende institucionales, asociados a que las actividades de asesoría metodológica y acompañamiento durante la formulación, no son visibles en la estructura de los mapas actuales, al igual que las fases de seguimiento o autoevaluación permanente a la gestión de riesgo a cargo de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, en su calidad de responsable de proceso, para orientar metodológicamente y generar alertas tanto a los responsables de proceso, como a la alta dirección como parte del reporte de monitoreo institucional. Lo anterior genera un **hallazgo** frente al



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

componente de evaluación de riesgo institucional, el cual deberá ser abordado por la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo en su calidad de responsable del Proceso de Direccionamiento Estratégico a través de planes de mejoramiento para posterior seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

Tabla 2. Estado de actualización mapas de riesgo Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Nº	CÓDIGO	NIVEL	PROCESOS	ÁREA RESPONSABLE DEL PROCESO	VERSIÓN	VIGENTE DESDE	ESTADO
1	EDEMR-01	ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	5,0	2/05/2019	DESACTUALIZADO
2	EDEMR-02		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	2,0	12/08/2018	DESACTUALIZADO
3	EDEMR-03		MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	5,0	31/01/2021	ACTUALIZADO
4	EGCMR-01		GESTIÓN DE CALIDAD	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	6,0	10/08/2020	DESACTUALIZADO
5	EFPMR-01		FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS	SECRETARÍA GENERAL	7,0	9/11/2021	ACTUALIZADO
6	EAAMR-01		AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	OFICINA DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	6,0	18/06/2020	DESACTUALIZADO
7	MFMMR-01	MISIONALES	FORMACIÓN	VICERRECTORÍA ACADÉMICA Y DECANATURAS	5,0	5/05/2021	ACTUALIZADO
8	MIMMR-01		INVESTIGACIÓN	OFICINA DE INVESTIGACIONES	5,0	11/08/2020	DESACTUALIZADO
9	MPMMR-01		PROYECCIÓN SOCIAL	OFICINA PROYECCIÓN SOCIAL	3,0	31/07/2018	DESACTUALIZADO
10	AGAMR-01	APOYO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y RECURSOS FÍSICOS	DIVISIÓN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y RECURSOS FÍSICOS	7,0	8/01/2021	ACTUALIZADO
11	AGBMR-01		GESTIÓN DE BIENESTAR	DIVISIÓN MEDIO UNIVERSITARIO	6,0	29/01/2021	ACTUALIZADO
12	ACPMR-01		COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	4,0	30/04/2021	ACTUALIZADO
13	AGHMR-01		GESTIÓN HUMANA	DIVISIÓN RECURSOS HUMANOS	5,0	26/08/2021	ACTUALIZADO
14	AGFMR-01		GESTIÓN FINANCIERA	DIVISIÓN FINANCIERA	7,0	30/04/2021	ACTUALIZADO
15	AADMR-01		ADMISIONES	ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL	11,0	8/10/2021	ACTUALIZADO
16	AGDMR-01		GESTIÓN DOCUMENTAL	SECRETARÍA GENERAL	6,0	10/10/2021	ACTUALIZADO
17	AGJMR-01		GESTIÓN JURÍDICA	OFICINA JURÍDICA	6,0	11/05/2021	ACTUALIZADO
18	AGTMR-01		GESTIÓN DE LAS TIC	OFICINA DE PLANEACIÓN, SISTEMAS Y DESARROLLO	6,0	10/08/2020	DESACTUALIZADO
19	ABEMR-01		GESTIÓN RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y EDUCATIVOS	BIBLIOTECA Y RECURSOS EDUCATIVOS	4,0	5/04/2017	DESACTUALIZADO

Fuente: elaboración propia

2.2 En cuanto a la Guía Metodológica para la Administración del Riesgo identificada con código EGCGS-03, versión 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020 publicada en el aplicativo ISODOC, se observó que la misma no ha sido actualizada de conformidad con el marco normativo nacional “Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 5 – Diciembre de 2020), lo que no ha permitido a la Universidad acoger los lineamientos metodológicos para la gestión de riesgos de orden nacional que corresponde como parte del componente de evaluación del riesgo del Sistema de Control Interno. De igual manera se estableció que no se han surtido mejoras frente a su estructura para los hallazgos registrados en el informe 101.4.2.43.2020 relacionados con: política, lineamientos metodológicos para tipologías de riesgo de seguridad digital, legales entre otros, planes de acción y planes de contingencia. Ya que al realizar seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo a través del módulo de mejoramiento del informe auditor realizado en la vigencia 2020 a través del módulo de mejoramiento continuo del sistema ISODOC, se evidenció que, en primer lugar, no se registraron los



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

avances correspondientes a las mejoras adelantadas y en segundo lugar no se culminó el desarrollo de las actividades propuestas en las fechas programadas. Lo anterior genera un [hallazgo](#) frente al marco interno de mejora continua procedimiento EGCGT-02 **planes de mejoramiento -acciones correctivas y de mejora** cuyo objetivo es el de: ***“Establecer la metodología a utilizar para construir, implementar, realizar seguimiento y evaluación de planes de mejoramiento, promoviendo la autorregulación universitaria, la cultura del mejoramiento continuo y el autocontrol que conlleven a eliminar las causas de los problemas, no conformidades reales o potenciales, riesgos materializados o las oportunidades generadas en el marco del Sistema Integrado de Gestión-SISGECC, a partir de la identificación de la causa raíz, la generación de acciones propuestas, entregables, responsables y la evaluación en la eficacia y la efectividad de las acciones correctivas y de mejora que permitan corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados”*** Este aspecto dará como resultado el cierre no efectivo de las acciones emprendidas en la vigencia 2021, siendo necesario que la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo en su calidad de responsable de proceso realice un plan de mejoramiento acorde con las lecciones aprendidas al momento de cierre y las evidenciadas en el presente informe para posterior evaluación de eficacia por parte de la Oficina de Control Interno.

Tabla 3. Estado plan de mejoramiento.

CÓDIGO ISODOC	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	PORCENTAJE AVANCE
2020-ODM261	15/02/2021	15/04/2021	En Revisión Guía Metodológica para la Administración del Riesgo" código EGCGS-03, versión 6 Unicolmayor, 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.	MARICELA BOTERO GRISALES	0%
2020-ODM262	15/02/2021	26/08/2021	"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."	MARICELA BOTERO GRISALES	0%
2020-ODM263	3/04/2021	4/04/2021	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.	MARICELA BOTERO GRISALES	0%
2020-ODM264	3/04/2021	4/04/2021	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.	MARICELA BOTERO GRISALES	0%
2020-ODM265	3/04/2021	4/04/2021	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,	MARICELA BOTERO GRISALES	0%
2020-ODM266	3/04/2021	4/04/2021	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	MARICELA BOTERO GRISALES	0%

Fuente: Módulo de mejoramiento continuo ISODOC. (fecha 6 de diciembre de 2021)



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

2.3 Finalmente, a continuación, se presenta, teniendo como criterio de auditoría el capítulo 5.5.1 Evaluación de los Controles – Diseño de Controles del criterio de auditoría “Guía Metodológica para la Administración del Riesgo identificada con código EGCGS-03, versión 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020 publicada en el aplicativo ISODOC” se realizó evaluación de diseño a los controles de los procesos que actualizaron su mapa de riesgos durante la vigencia, para lo cual se mostrará, de conformidad con la metodología los resultados de evaluación encontrados por parte de la Oficina de Control Interno:

2.3.1 Proceso Fomento a la Participación de los Usuarios.

Fecha caracterización: EFPPS-01, Versión 6, vigencia desde el 10 de octubre de 2021.

Procedimientos: Total 6 procedimientos. 2 en actualización.

Mapa de Riesgos: EFPMR-01, Versión 7, vigencia desde el 09 de noviembre de 2021

Tabla 4. Valoración diseño de controles proceso Fomento a la Participación de los usuarios

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1			R2			R3	
			C1	C2	C3	C1	C2	C3	C1	C2
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	No Asignado	0								
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Inadecuado	0								
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	0	15	15	15	15	15
	Inoportuna	0								
3. Propósito	Prevenir	15		15					15	
	Detectar	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
	No confiable	0								
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15	15	15	15	15			15	
	No se investigan y resuelven oportunamente	0					0	0		0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	10	10		10	10	10	10	10
	Incompleta	5			5					
	No existe	0								
TOTAL		100	85	100	65	85	70	70	100	70

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

En el proceso de Fomento a la Participación de los Usuarios durante el último año ha tenido dos actualizaciones de mapa de riesgos desde su última evaluación en el mes de noviembre de 2020. Con respecto al diseño de controles se evidenció que el proceso ha mejorado en su diseño de controles desde la versión 5 evaluada en la vigencia 2020, encontrándose metodológicamente en un rango moderado, se realizó recomendación al proceso adelantar fortalecimiento de redacción relacionada con aquellos aspectos que presentan baja calificación en la tabla de valoración como lo son describir claramente el propósito del control, desviaciones y evidencias.

De igual manera se recomendó realizar una revisión al mapa de riesgos con base en la revisión de la documentación que se encuentra en proceso de actualización en el aplicativo ISODOC.

2.3.2 Proceso de Formación

Fecha caracterización: MFMPs-01, versión 6, vigente desde el 26 de octubre de 2021.

Procedimientos: Total 12 procedimientos actualizados a octubre de 2021.

Mapa de Riesgos: MFMMR-01, Versión 5, vigencia desde el 05 de mayo de 2021



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

Tabla 5 Valoración diseño de controles proceso Formación

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1					R2					R3			R4							R5					R6			
			C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15							15	15					15			15	15												
	No Asignado	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	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												
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2. Periodicidad	Oportuna	15																													
	Inoportuna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. Propósito	Prevenir	15																													
	Detectar	10																													
4. Cómo se realiza la actividad de control	No es un control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Confiable	15	0	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	No confiable	0																													
	Se investigan y resuelven oportunamente	15																													
6. Evidencia de la ejecución del control	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Completa	10																													
	Incompleta	5																													
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL		100	0	15	15	15	15	15	15	45	45	15	0	15	15	45	15	0	0	45	15	45	15	15	0	15		15	0	15	15

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

El proceso misional de Formación actualizó su mapa de riesgos a versión 6 durante la vigencia, sin embargo, presenta debilidad en el diseño de controles de conformidad con la valoración realizada por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior se recomendó realizar lo siguiente:

- Realizar la revisión metodológica del diseño de controles en conjunto con la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, en su calidad de líder metodológico.
- Tener en cuenta para la revisión la actualización que surtió la caracterización, la cual es posterior a la fecha en la que se publicó el mapa de riesgos del proceso.
- Durante la visita se explicó que, si bien a cada proceso le es clara la forma de hacer las actividades, las mismas deben ser redactadas en el control de manera que tanto la persona que ejecuta el control, como quien la revisa lleguen a la misma conclusión y así también se facilita hacer las labores de monitoreo.

2.3.3 Proceso Gestión Administrativa y Recursos Físicos

Fecha caracterización: AGAPS-01, versión 5, vigente desde el 17 de julio de 2018.

Procedimientos: Total 9 procedimientos de los cuales 4 se encuentran en proceso de actualización.

Mapa de Riesgos: AGAMR-01, Versión 7, vigencia desde el 08 de enero de 2021.

Tabla 6. Valoración diseño de controles proceso Gestión Administrativa y Recursos Físicos.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1				R2		R3			R4		
			C1	C2	C3	C4	C1	C2	C1	C2	C3	C1	C2	C3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	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
	Inadecuado	0				0								
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15		15		15	15				15
	Inoportuna	0				0		0			0	0	0	
3. Propósito	Prevenir	15		15	15			15	15					
	Detectar	10	10				10						10	
4. Cómo se realiza la actividad de control	No es un control	0				0			0	0	0	0	0	0
	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	No confiable	0										0		
	Se investigan y resuelven oportunamente	15	15	15	15		15		15	15	15		15	
6. Evidencia de la ejecución del control	No se investigan y resuelven oportunamente	0				0		0				0		0
	Completa	10	10	10			10							
6. Evidencia de la ejecución del control	Incompleta	5			5			5					5	
	No existe	0				0			0	0	0	0		0
TOTAL		100	95	100	95	15	95	65	90	75	60	30	75	60

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

El proceso de Gestión Administrativa y Recursos Físicos actualizó a versión 7 el mapa de riesgos, sin embargo, se evidencian debilidades en la redacción de los controles frente a lo cual se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Adelantar la actualización de la caracterización y los procedimientos para así contar con los elementos de control necesarios para el diseño de controles.
- Realizar la revisión del mapa de riesgos con base en la actualización de contexto producto de la revisión de la documentación.
- De determinar que se mantienen los controles, buscar el apoyo de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo para el ajuste del diseño de conformidad con lo evidenciado por la Oficina de Control Interno.

2.3.4 Proceso Gestión de Bienestar

Fecha caracterización: AGBPS-01, versión 7, vigente desde el 23 de abril de 2021.

Procedimientos: Total 12 procedimientos actualizados a la vigencia 2021

Mapa de Riesgos: AGBMR-01, Versión 6, vigencia desde el 29 de enero de 2021.

Tabla 7. Valoración diseño de controles proceso Gestión de Bienestar.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1			R2		R3		R4		R5	
			C1	C2	C3	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	No Asignado	0											
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Inadecuado	0											
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Inoportuna	0				0							
3. Propósito	Prevenir	15				15	15		15	15	15	15	15
	Detectar	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
	No confiable	0											
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15	15	15		15	15	15	15	15	15	15	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	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	
TOTAL		100	90	85	75	80	95	85	95	95	95	90	95

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

El proceso de Gestión de Bienestar presenta un diseño de controles que se presenta en un rango entre moderado y alto, sin embargo, se realizaron las siguientes recomendaciones de cara a su revisión y actualización:

- Revisar el mapa de riesgos en atención a la caracterización del proceso realizada en el mes de abril de la vigencia 2021.
- En caso de mantenerse los controles actuales se recomienda el acompañamiento de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo con el fin de asegurar que el diseño se ajusta a la metodología.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

2.3.5 Proceso Comunicación y Divulgación.

Fecha caracterización: ACPPS-01, versión 6, vigente desde el 24 de agosto de 2020.

Procedimientos: Total 11 procedimientos actualizados de los cuales uno se encuentra en modificación.

Mapa de Riesgos: ACPMR-01, Versión 4, vigencia desde el 30 de abril de 2021.

Tabla 8. Valoración diseño de controles proceso Comunicación y Divulgación.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1					R2					R3					R4					R5						
			C1	C2	C3	C4	C5	C6	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
	No Asignado	0																											
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
	Inadecuado	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	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	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
	Detectar	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	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	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
	No confiable	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	15	15	15	15	15	15	15	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																	
	Incompleta	5	5	5	5						5				5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	No existe	0																											
TOTAL		100	80	60	90	0	95	100	100	0	0	95	0	100	0	0	80	95	95	75	95	95	75	75	75	0	80	65	

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control. * Aquellos controles sombreados es porque el control tiene la misma redacción, es decir está repetido.

El Proceso de Comunicación y Divulgación tiene un diseño de controles en un rango moderado, es importante que se fortalezca la estructura de la redacción de estos para ello se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Realizar la revisión del mapa de riesgos una vez se culmine el proceso de actualización de procedimientos como elementos de control asociados a los controles.
- Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que se encuentran vinculadas con el área líder del proceso son por prestación de servicios, se recomienda revisar el mapa si existen efectos frente a la contratación para determinar que los controles tienen quién los ejecute.
- Finalmente, acompañar la revisión metodológica, de conformidad con lo evidenciado por la Oficina de Control Interno por parte de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo como líder metodológico.

2.3.6 Proceso Gestión Humana

Fecha caracterización: AGHPS-01, versión 7, vigente desde el 21 de octubre de 2021.

Procedimientos: Total 12 procedimientos vigentes entre 2019 y 2021

Mapa de Riesgos: AGHMR-01, Versión 5, vigencia desde el 26 de agosto de 2021.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

Tabla 9. Valoración diseño de controles proceso Gestión Humana.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1							R2	R3		R4	R5
			C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C1	C1	C2	C1	C1
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15												
	No Asignado	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0		
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15												
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0		
2. Periodicidad	Oportuna	15												
	Inoportuna	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0		
3. Propósito	Prevenir	15												
	Detectar	10												
	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	0	0	15	15	15	15					
	No confiable	0									0	0		
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	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												
	Incompleta	5												
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0		
TOTAL		100	15	0	0	15	15	15	15	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control. *Los riesgos sombreados no tienen asociados controles en el mapa de riesgos.

El proceso de Gestión Humana actualizó su mapa de riesgos durante la vigencia 2021 sin embargo el diseño de controles metodológicamente es débil para aquellos riesgos donde se hizo su identificación, de igual manera se observó que el instrumento fue publicado por parte de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo sin contar con controles asociados a los riesgos 2, 4 y 5 y la calificación del riesgo residual para estos casos es baja, situación que no tiene coherencia con lo establecido en la metodología institucional. En la visita realizada al proceso se realizaron las siguientes recomendaciones:

- Realizar la revisión y ajuste del mapa de riesgos de conformidad con la metodología contando para ello con la asesoría y acompañamiento de la Oficina de Planeación Sistemas y Desarrollo como líder metodológico, ya que se pudo establecer en la sesión de evaluación que el líder metodológico no había acompañado el ejercicio de valoración de riesgos.
- Revisar la documentación asociada al proceso con el fin de asegurar que los elementos de control del proceso se encuentren actualizados al momento de redactar los controles asociados a los procesos.

2.3.7 Proceso Gestión Financiera

Fecha caracterización: AGFPS-01, versión 6, vigente desde el 30 de junio de 2018.

Procedimientos: Total 24 procedimientos de los cuales 3 se encuentran en proceso de modificación.

Mapa de Riesgos: AGFMR-01, Versión 7, vigencia desde el 30 de abril de 2021.

Tabla 10. Valoración diseño de controles proceso Gestión Financiera

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1			R2			R3		
			C1	C2	C3	C1	C2	C3	C1	C2	C3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15			15	15	15			
	No Asignado	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
2. Periodicidad	Oportuna	15				15	15	15			
	Inoportuna	0	0	0	0				0	0	0
3. Propósito	Prevenir	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	15
	No confiable	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
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10									
	Incompleta	5									5
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL		100	60	15	0	70	60	75	45	30	35



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

El proceso de Gestión Financiera realizó la actualización del mapa de riesgos durante la vigencia 2021, sin embargo, se evidenció que el diseño de controles para los tres riesgos operativos identificados presenta debilidad en su redacción, aún así la calificación residual la ubica en un nivel bajo, situación que metodológicamente se encuentra errada. Se realizaron las siguientes recomendaciones al proceso de cara a su gestión del riesgo:

- Realizar la revisión de la caracterización del proceso con el fin de determinar cambios en el objetivo del proceso producto de cambio de contextos.
- Al culminar la actualización de procedimientos y la documentación, realizar la revisión y ajuste del mapa de riesgos con el acompañamiento y asesoría de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo como líder metodológico institucional.

2.3.8 Proceso Admisiones

Fecha caracterización: AADPS-01, versión 9, vigente desde el 24 de septiembre de 2021

Procedimientos: Total 7 procedimientos vigentes desde 2021

Mapa de Riesgos: AADMR-01, Versión 11, vigencia desde el 8 de octubre de 2021.

Tabla 11. Valoración diseño de controles proceso Admisiones

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1				R2				R3		
			C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	No Asignado	0											
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15											
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15					15				
	Inoportuna	0			0	0	0	0		0	0	0	0
3. Propósito	Prevenir	15			15								
	Detectar	10											
4. Cómo se realiza la actividad de control	No es un control	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15				15
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	No confiable	0								0	0	0	
	Se investigan y resuelven oportunamente	15									15		
6. Evidencia de la ejecución del control	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
	Completa	10											
6. Evidencia de la ejecución del control	Incompleta	5											
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		100	45	45	45	30	30	30	45	15	30	15	30

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

El proceso de Admisiones realizó la actualización de su mapa de riesgos en la vigencia 2021, la valoración de diseño de controles frente a su redacción lo ubica en un rango bajo – moderado teniendo en cuenta que no se incluyeron algunos elementos dentro del diseño en su mayoría relacionados con el alcance funcional de quien realiza el control, el propósito y evidencias. Se hicieron las siguientes recomendaciones al área:

- Realizar la revisión y ajuste metodológico al diseño de controles del mapa de riesgos con el acompañamiento de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo en su calidad de líder metodológico.
- Revisar la estructura de los controles que se encuentran consignados en el mapa actual ya que se considera que puede haber pasos secuenciales de actividades que puedan hacer parte de un control con espectro de alcance a varias causas identificadas.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

2.3.9 Proceso Gestión Documental

Fecha caracterización: AGDPS-01, versión 8, vigente desde el 10 de octubre de 2021

Procedimientos: Total 3 procedimientos vigentes desde 2020

Mapa de Riesgos: AGDMR-01, Versión 6, vigencia desde el 10 de octubre de 2021.

Tabla 12. Valoración diseño de controles proceso Admisiones

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1										R2							R3			R4		R5					
			C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C1	C2	C3	C1	C2	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.1 Asignación del responsable	Asignado	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						0
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0		0	0																			
2. Periodicidad	Oportuna	15	15	15	15	15	15	15		15	15												15	15						0
	Inoportuna	0																												
3. Propósito	Prevenir	15	15																											0
	Detectar	10		10		10	10	10		10	10												10	10						0
4. Cómo se realiza la actividad de control	No es un control	0			0																									0
	Confiable	15	15	15	15	15	15	15		15	15												15	15						15
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	No confiable	0																												
	Se investigan y resuelven oportunamente	15	15	15		15																								
6. Evidencia de la ejecución del control	No se investigan y resuelven oportunamente	0			0		0	0		0	0												0	0						0
	Completa	10																												
6. Evidencia de la ejecución del control	Incompleta	5	5	5	5	5	5	5		5	5												5	5						5
	No existe	0																												
TOTAL		100	80	75	50	75	60	60	0	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	75	0	0	0	0	0	35

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control. *Sombreado gris: Expresa que no hay controles asociados *Sombreado azul: Se hace relación a actividades y documentos proyectados.

El proceso de gestión documental realizó su actualización de riesgos durante la vigencia 2021, sin embargo se observó durante el ejercicio de auditoría que para algunos campos del área de controles diligenciados, se expresaba que no se contaba con un control frente a la causa y por otra parte la mayoría de sus controles se encuentran basados en actividades realizadas pero los documentos soportes son proyectados al igual que la forma de actuar con algunas instancias de aprobación en forma proyectiva, lo que no permite validar la ejecución del control ya que se trata de acciones por realizar y sí deja expuesto al proceso ya que su riesgo residual está calificado en nivel bajo. Frente a este aspecto se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Establecer contacto con la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo con el fin de revisar y ajustar el diseño de controles asociados al proceso con el fin de poder identificar los controles actuales y registrarlos metodológicamente, al igual que generar las acciones de tratamiento del riesgo acordes con la nueva valoración y así establecer si se mantiene el cuadrante de calificación de riesgo residual.
- Realizar revisión frente a los aspectos de control de carácter legal aplicables a los controles, ya que en la visita de trabajo de campo se pudo establecer que en los controles actuales no se aplican aspectos que sean de legalidad y responsabilidad frente a los activos de información documental en todos sus formatos.

ro

2.3.10 Proceso Gestión Jurídica

Fecha caracterización: AGJPS-01, versión 7, vigente desde el 22 de julio de 2021

Procedimientos: Total 5 procedimientos vigentes

Mapa de Riesgos: AGJMR-01, Versión 6, vigencia desde el 11 de mayo de 2021.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

Tabla 13. Valoración diseño de controles proceso Gestión Jurídica

CRITERIO DE EVALUACIÓN	Criterios para la evaluación	Evaluación	R1					R2			
			C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15			15			15			
	No Asignado	0	0	0		0	0		0	0	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15									
	Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Periodicidad	Oportuna	15									
	Inoportuna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Propósito	Prevenir	15						15			
	Detectar	10									
4. Cómo se realiza la actividad de control	No es un control	0	0	0	0	0	0		0	0	0
	Confiable	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	No confiable	0									
	Se investigan y resuelven oportunamente	15									
6. Evidencia de la ejecución del control	No se investigan y resuelven oportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Completa	10									
	Incompleta	5									
	No existe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		100	15	15	30	15	15	45	15	15	15

Fuente: elaboración propia. R= Riesgo C= Control.

La Oficina Jurídica actualizó el mapa de riesgos en el mes de mayo de 2021 y cuenta con sus procedimientos actualizados, sin embargo al realizar la evaluación de diseño de controles, aun cuando se tiene claridad en el ejercicio de las actividades de control realizadas en la actualidad, no fueron redactadas en el instrumento de conformidad con la metodología, frente a lo cual se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Establecer contacto con la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo con el fin de revisar y ajustar el diseño de controles asociados al proceso con el fin de poder incluir en la redacción aquellos elementos que en la valoración realizada por la Oficina de Control Interno no fueron identificadas.
- De igual manera y al evidenciar que la caracterización del proceso fue actualizada con posterioridad a la publicación del mapa de riesgos, se recomendó al proceso realizar revisión al instrumento y determinar la necesidad de ajustes para lo cual deberá contar con el acompañamiento de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo en su calidad de líder metodológico.

De conformidad con lo evidenciado por la Oficina de Control Interno en los escenarios de proceso donde se realizaron actualizaciones a los mapas de riesgo, se pudo evidenciar que la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo como líder metodológico, presenta debilidades en el acompañamiento a la actividad de valoración del riesgo y diseño de controles en los mapas de riesgo de la Universidad, al igual que en el control para que la publicación se hiciera con el cumplimiento de los requisitos metodológicos diseñados institucionalmente generando así un **hallazgo** frente al criterio normativo interno “Guía Metodológica para la Administración del Riesgo identificada con código EGCGS-03, versión 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020” la cual expresa en la parte considerativa como una de las responsabilidades de la jefatura de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo la de **“Asesorar cuando sea necesario y en conjunto con el Proceso de Gestión de Calidad a los responsables de procesos y/o dependencias de la Universidad en el diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo”**, el cual deberá ser abordado por la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo en su calidad de responsable del Proceso de Direccionamiento Estratégico a través de planes de mejoramiento para posterior seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

2 RECOMENDACIONES:

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

1. A la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, en su calidad de líder implementador y segunda línea institucional en materia de riesgos, se recomienda:
 - a. Culminar el ajuste al marco metodológico institucional para la gestión de riesgo institucional y para ello tener en cuenta la **Guía de Administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (versión 5 – Diciembre de 2020)**.
 - b. Realizar estrategia de divulgación de la metodología a nivel institucional, una vez sea actualizada y generar un esquema planeado para la implementación de actualización de mapas de riesgo y que para ello se tenga en cuenta la necesidad, previo a la identificación de riesgos, que se realice la actualización de los elementos de control en los procesos y el trabajo articulado entre áreas funcionales para que así se pueda hacer más efectivo la identificación y tratamiento de riesgos a nivel institucional.
 - c. Consolidar un equipo al interior del área con las competencias suficientes para brindar acompañamiento y asesoría metodológica a los procesos y así asegurar desde el inicio que las acciones están acorde con los criterios normativos internos y externos en materia de gestión de riesgo.
 - d. Producto de los reportes de monitoreo en materialización de riesgos, generar informes con destino a la línea estratégica institucional (Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno), con el fin de obtener el respaldo en gestión, lineamientos y recursos requeridos para el óptimo funcionamiento de este componente del Sistema de Control Interno.
 - e. Diseñar e implementar estrategias de mejoramiento acordes con los resultados obtenidos producto de la supervisión a riesgos de los responsables de proceso, el monitoreo institucional y el obtenido en informes de evaluación por parte de la Oficina de Control Interno que permitan que el componente de evaluación de riesgo institucional cumpla con su objetivo a nivel institucional.
2. A los responsables de proceso que no han logrado actualizar su mapa de riesgos de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo Institucional, se recomienda actualizar en forma inmediata su mapa de riesgos y así no solo dar cumplimiento 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 vigente.
3. 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 7, se recomienda ajustar la estructura de diseño de controles tomando como base las recomendaciones emitidas para cada uno en el presente informe, siempre con el acompañamiento de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo para evitar reprocesos en esta actividad.

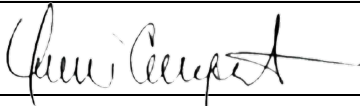
CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. El componente de evaluación del riesgo en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca continúa presentando deficiencias en su implementación ya que, aun cuando el nivel de desactualización pasó del 53% de la vigencia 2020 al 47% en la vigencia 2021, el diseño de controles no se encuentra de conformidad con la metodología institucional y esta última presenta un retraso frente a los lineamientos de orden nacional para el componente de evaluación del riesgo del sistema de control interno.



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
OFICINA CONTROL INTERNO
INFORME AUDITORÍA INTERNA

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 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020, fueron contruidos con un enfoque funcional y no por proceso, lo que mantiene una visión operativa del riesgo y no un marco integral para la identificación y tratamiento en un contexto por procesos.
3. 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 7, vigente desde el 28 de septiembre de 2020, los cuales se enfocan principalmente en las responsabilidades a cargo de la Oficina de Planeación, Sistemas y Desarrollo, que en su calidad de líder metodológico no evidenció mayores avances en los aspectos de mejoramiento evidenciados en el informe 101.4.2.43.2020 de la vigencia 2020 a través de los planes de mejoramiento y el control de las acciones metodológicas no brinda suficiente cobertura a los procesos para superar las brechas.
4. Finalmente se concluye que en atención a que persisten 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 (segunda línea) 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.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Responsabilidad (cargo)	Firma
Irma Yurani Campos Tambo	Jefe Oficina Control Interno Auditor	
Danna Youlin Ospina Cortés	Aprendiz – Apoyo de auditoría.	