

**INFORME DE
SEGUIMIENTO A LA
ADMINISTRACION DE
RIESGOS DE LA
UNIVERSIDAD DEL
ATLANTICO**

**CON CORTE A
ABRIL 2024**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO**



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

1. JUSTIFICACION

En el marco del sistema integrado de gestión, el modelo estándar de control interno MECI y de conformidad con la política institucional de administración de riesgos, la Universidad ha realizado la identificación el análisis, la valoración y el control a los riesgos de gestión y corrupción a todos los procesos, a partir de este ejercicio se aplicó la metodología de la Guía de Administración de Riesgos de la Función PúblicaV5, dando como resultado un mapa de aseguramiento consolidado

2. ALCANCE

Revisión de la metodología de la gestión de riesgos establecida en la política institucional aprobada por el Comité institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar los mapas de riesgos por procesos, el seguimiento, monitorio y controles con corte a abril 30- 2024.

De acuerdo a lo informado por la Oficina de Planeación todos los procesos realizaron el ejercicio de autoevaluación de los riesgos y la autoevaluación de los riesgos de corrupción, a excepción del proceso de Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento Continuo.

3. FUENTES DE INFORMACION

La fuente de información se originó del proceso de autoevaluación de las matrices de riesgos por procesos realizado por los líderes de calidad de la Oficina de Planeación y el seguimiento de Control Interno

4. BASES LEGALES

- NTC-ISO 31000
- NTC ISO 9001:2015
- Resolución No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 por la cual se aprueban las nuevas políticas de administración de riesgos institucional según el documento DOC-DE-006.V1.
- Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles de las Entidades Públicas (DAFT), Versión 6 de noviembre 2022.

5. OBJETIVOS

5.1. GENERALES

Evaluar el marco legal y la metodología establecida por la Universidad para identificar, analizar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

5.2. ESPECIFICOS

Hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de la autoevaluación, monitoreo y controles de los riesgos por procesos del sistema de información del SIG. con corte a 30 de abril 2024.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

De acuerdo al alcance de esta auditoria correspondiente a la evaluación de la efectividad de la gestión de riesgos durante el periodo diciembre 2023 – abril 2024 para verificar la adecuada aplicación de los controles y las actividades de monitoreo, se encontró el siguiente mapa de riesgos por procesos de acuerdo a la Zona de Riesgo inherente (antes de controles) y Zona de Riesgo Final (después de controles):

Proceso	# Riesgos	Zona de Riesgo Inherente				Modificaciones vs corte 31 dic 2023
		Extremos	Altos	Moderados	Bajos	
Bienestar Universitario	4		1	3		Pasa un riesgo de moderado a alto
Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento continuo	3		1	2		Se mantiene igual
Control Disciplinario	3			3		Se mantiene igual
Control Interno	3			1	2	Pasaron 2 riesgos de altos a bajos
Direccionamiento Estratégico	11		7	3	1	Los 2 riesgos extremos pasan a altos
Docencia	6		2	4		Pasa un riesgo de moderado a alto
Extensión y P.S.	6		2	4		Se mantiene igual
Gestión Ambiental	6			5	1	Se mantiene igual
Gestión Bienes, Sum. Y Servicios	7	2	2	3		Se mantiene igual
Gestión Calidad	4		2	2		Se mantiene igual
Gestión Talento Humano	5	1		3	1	Se mantiene igual
Gestión Documental	5		5			Se mantiene igual
Gestión Financiera	2		2			Se mantiene igual
Gestión Jurídica	3		2	1		Se mantiene igual
Gestión Tecnológica	3		2	1		Se mantiene igual
Investigaciones	5			5		Se mantiene igual
RII	3		3			Se mantiene igual
TOTALES	79	3	31	40	5	Se mantiene el mismo número total de riesgos por procesos

Fuente: Zona de Riesgos Inherentes. Matriz de Riesgos de Gestión – Oficina de Planeación

Luego de aplicar los controles para los riesgos inherentes a los 17 procesos del SIG, se puede observar que se logra disminuir el impacto de los riesgos altos a riesgos bajos y pasar 8 riesgos de altos a bajos, por lo tanto, se aumenta el número de los riesgos bajos en igual proporción. La cantidad de riesgos finales extremos y moderados se mantienen igual que en la zona de riesgo inherente, aun después de aplicar los controles.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

Proceso	# Riesgos	Zona de Riesgo Final			
		Extremos	Altos	Moderados	Bajos
Bienestar Universitario			1	3	
Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento continuo			1	2	
Control Disciplinario				3	
Control Interno					3
Direccionamiento Estratégico			4	2	5
Docencia				6	
Extensión y P.S.			1	5	
Gestión Ambiental				5	1
Gestión Bienes, Sum. Y Servicios		2	1	3	1
Gestión Calidad			2	1	1
Gestión Talento Humano			1	3	1
Gestión Documental			4	1	
Gestión Financiera			2		
Gestión Jurídica			2	1	
Gestión Tecnológica			1	1	1
Investigaciones		1		4	
RII			3		
TOTALES		3	23	40	13

Fuente: Zona de Riesgo Final. Matriz de Riesgos de Gestión – Oficina de Planeación

Lo que indica la tabla es que en el periodo correspondiente se evaluaron **79 riesgos** de gestión de los cuales 3 se clasificaron como extremos, 31 altos, 40 moderados y 5 bajos en la zona de riesgo inherente y de cuales 3 se clasificaron como extremos, 23 altos, 40 moderados y 13 bajos en la zona de riesgo final respectivamente, luego de implementar los controles. Se puede evidenciar una cantidad significativa de riesgos moderados y altos identificados en los procesos, por lo tanto, es necesario que cada responsable de los procesos al que le apliquen, generen las acciones pertinentes para fortalecer los controles definidos para cada uno de éstos riesgos.

Verificación de la política institucional de riesgos vigente.

La Resolución #0001415 del 12 de septiembre de 2017 adopta las políticas de administración de riesgos al interior de la Universidad del Atlántico, que de acuerdo al artículo #1 de la mencionada resolución, se compilan en el DOC-DE-006. V1.

Al respecto, haciendo una revisión del documento se sugiere actualizar la Resolución #0001415 del 12 de septiembre de 2017 y el documento DOC-DE-006. V1, por las siguientes consideraciones:

1. El DOC-DE-006, dentro del sistema integrado de gestión se encuentra en la versión 3, pero se encuentra actualmente inactivo y no visible para consulta.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

2. El DOC-DE-006, explica la metodología de identificación, análisis, valoración y autoevaluación con base en el aplicativo Isolución del sistema de gestión y en la práctica esto no se está llevando a cabo desde hace varios periodos, debido a que dicha metodología se hace a través del Excel con base en la guía DAFT versión 5.
3. El DOC-DE-006, tiene referencias normativas derogadas, como el decreto 943/2014
4. El DOC-DE-006, se adopta con base en la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP, que en la actualidad se encuentra en la versión 6 y el documento no se encuentra actualizado de acuerdo a dicha versión.
5. El DOC-DE-006, indica la consulta del documento Guía para la Elaboración del Diagnóstico del Análisis de Condiciones Internas y Externas del Universidad del Atlántico de fecha mayo 2020. Es conveniente revisar la vigencia de este documento.
6. El DOC-DE-006, dispone de tipologías de riesgos que no están actualizadas.
7. Revisar y actualizar la Política de riesgos teniendo en cuenta las nuevas consideraciones en la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP en su versión 6 de noviembre 2022, lo que incluye la definición de los riesgos fiscales.

En conclusión, se recomienda actualizar el DOC-DE-006 Política de Administración de Riesgos con base en la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP, que en la actualidad se encuentra en la versión 6 y de acuerdo a las consideraciones metodológica que se emplean actualmente en la Universidad para la administración y el monitoreo cuatrimestral de los riesgos de gestión en cada proceso.

Evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión.

La Universidad del Atlántico cuenta con 17 procesos y el mismo número de matrices de riesgos que conforman el mapa institucional.

Así mismo, cada proceso manifiesta su objetivo individual como proceso, orientado al logro de los objetivos institucionales planteados por la Alta Dirección. En ese orden de ideas, es conveniente analizar tales objetivos por proceso, como se ha dicho en otras auditorias debido a que los que se encuentran definidos y descritos en las caracterizaciones, no cumplen con las características que debe tener un objetivo para que sea medible y controlado.

En este corte de auditoria se seleccionó una muestra de riesgos para evaluar, de acuerdo a la siguiente tabla porcentual, de acuerdo al número de riesgos finales después de controles:

ZONA DE RIESGO FINAL		
Extremo	3	4%
Alto	23	29%
Moderado	40	51%
Bajo	13	16%

De acuerdo a lo anterior, de los 79 riesgos de gestión se tomó una muestra para evaluar del 20% para los riesgos en zona Alta, Moderada y Baja y se revisa la totalidad de los riesgos Extremos, lo que equivale a **19 riesgos priorizados aleatoriamente de los diferentes procesos de la matriz de riesgos de gestión** con base en la zona de riesgo final, es decir, después de la aplicación de los controles que los propietarios de riesgos han implementado, con el fin de determinar su efectividad.



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

A continuación, se relacionan los riesgos evaluados de acuerdo a la muestra definida por zona de riesgo final:

Extremo	3
Alto	5
Moderado	8
Bajo	3

Análisis de riesgos de la muestra seleccionada

- Riesgos Extremos: 3

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
Investigaciones	Posibilidad de pérdida económica y reputacional de la UA por descuido con el apoyo a la formación investigativa en semilleros de investigación, debido al incumplimiento con unos de los requisitos misionales de la Universidad.	El Vicerrector de Investigaciones, Extensión y Proyección Social y el Jefe del Departamento de Investigaciones presentan un Plan de Acción y un presupuesto anual dirigido al fortalecimiento de los semilleros de investigación, incluido en el PDI y en el plan de mejoramiento recomendado por e CNA	Extremo	No tiene plan de acción	No existe un plan de acción que permita reducir (mitigar) la materialización de este riesgo, siendo su impacto final extremo. Es necesario establecer unas acciones o plan de contingencia que permita fortalecer el control definido.
Gestión de Bienes Suministros y Servicios Generales	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a que el producto entregado por el proveedor no cumple con las especificaciones descritas en la contratación	<p>1. El profesional del Dpto. del Departamento de Gestión de Compras y Contratación elabora el contrato de acuerdo a los requerimientos de la Dependencia Solicitante</p> <p>2. El profesional del Dpto. de Gestión de Compras y Contrataciones acompaña al supervisor de contrato en la entrega de los bienes adquiridos verificando que este reciba lo que se contrató. El supervisor del contrato debe garantizar que el bien que el proveedor está suministrando cuenta con las especificaciones descritas en la contratación y la calidad pedida.</p> <p>3. Establecer un mecanismo de retroalimentación entre los supervisores de contratos y el departamento de gestión de Compras y Contratación, para que la información sobre la calidad de los productos entregados sea comunicada y se puedan tomar acciones correctivas en caso de no cumplir las especificaciones.</p> <p>4. La jefe del Dpto. de Compras y Contratación socializó la actualización del Estatuto de Contratación de la Universidad del Atlántico.</p>	Extremo	Seguimiento, evaluación y reevaluación de proveedores.	Si bien se cuenta con un plan de acción para éste riesgo, se sugiere que el plan de acción se enfoque no solo al seguimiento del recibo a satisfacción del Supervisor de los bienes y servicios recibido por parte del proveedor contratado, o a la evaluación o reevaluación de los proveedores sino también al análisis de esos resultados y de las causales recurrentes en caso de incumplimiento o insatisfacción para tomar acciones al respecto.



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

<p>Gestión de Bienes Suministros y Servicios Generales</p>	<p>Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento al plan integral de mantenimiento, por Falta de un inventario consolidado y actualizado de los bienes sujetos a mantenimiento de acuerdo a lo establecido en la resolución rectoral no. 001616 de 19-12-2008, así como a la limitación de recursos financieros para atender todas las necesidades en una sola vigencia.</p>	<p>1. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales verifica semanalmente el cumplimiento de las actividades programadas en el cronograma del PIM, comprobando el cumplimiento de las actividades asignadas a cada equipo de mantenimiento. Este seguimiento se realiza a través de reunión presencial y virtual.</p> <p>2. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales gestionará la Actualización y consolidación del inventario: Se debe recopilar y mantener actualizado un inventario completo de todos los bienes sujetos a mantenimiento, según lo establecido en la resolución rectoral. Esto implica llevar a cabo inspecciones regulares de los activos, registrar cualquier adición o baja de bienes y mantener la información actualizada en un sistema de gestión de activos</p>	<p>Extremo</p>	<p>Seguimiento a través del PLA-024, Cronograma de ejecución PIM</p> <p>Módulo de Activos del Software de gestión de activos sujetos al mantenimiento.</p> <p>Se sugiere revisar la gestión del cambio de la implementación del Módulo de Activos del Software de gestión de activos sujetos a mantenimiento. Se debe mantener actualizado el inventario completo de todos los bienes sujetos a mantenimiento y programar los mantenimientos preventivos y correctivos priorizando las necesidades de cada uno de los bienes.</p>
--	--	---	----------------	---

• Riesgos Altos: 5

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
<p>Direccionamiento Estratégico</p>	<p>Posibilidad de daño económico y reputacional como consecuencia de la falta de comunicación y publicación de los acuerdos del Consejo Superior Universitario y de las resoluciones y respuestas derivadas de las decisiones tomadas en el Consejos Académico, por omisión de la aplicación de la normatividad vigente (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - CPACA, Ley 1437 DE 2011).</p>	<p>Las profesionales encargadas de la Secretaría General registran en los formatos FOR-DE- 150 control de consecutivos acuerdos del Consejo Superior, donde se registra el número del acuerdo, fecha y título del mismo, y para el Consejo Académico el FOR-DE-151 control consecutivo actos administrativos del órgano referido, donde se registra el control de actos administrativos y fecha de publicación en el micro sitio de la Secretaría General, página universidad del Atlántico y el FOR-DE-149 formato de comisión de asuntos estudiantiles para respuesta a las solicitudes de los estudiantes al Consejo Académico.</p>	<p>Alto</p>	<p>Establecer revisiones regulares para asegurar que los actos administrativos se publiquen en el momento adecuado y de manera oportuna.</p>	<p>Se evidencia en página web la disposición a la fecha de las resoluciones rectorales y resoluciones académicas expedidas por Rectoría y el Consejo Académico respectivamente, al igual que las respuestas del Consejo Académico, sin embargo, no se puede acceder con facilidad o de manera oportuna a la información de los Acuerdos Superiores, expedidos por el Consejo Superior y su histórico a la fecha.</p>

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

<p>Relaciones Internacionales e Interinstitucionales</p>	<p>Posibilidad de pérdida reputacional por la baja movilidad nacional e internacional de estudiantes, docentes e investigadores debido a deficiencia en apoyos económicos a estudiantes, docentes e investigadores y desconocimiento de las oportunidades de movilidad que ofrece la Universidad del Atlántico.</p>	<p>1. El/La Líder de movilidad de la oficina debe hacer seguimiento semestral al cumplimiento de la normativa de la resolución académica (0001 del 12 de febrero de 2010), a través del Formato Consolidado al Seguimiento a Movilidad Internacional y Nacional FOR-RI-010.</p> <p>2. Los líderes de los procesos de movilidad estudiantil y docentes realizan periódicamente jornadas de sensibilización en la Universidad para dar a conocer los servicios de movilidad que se ofrecen a través de la Universidad del Atlántico, redes, alianzas.</p> <p>3. El/La Jefe de la Oficina gestiona la consecución de recursos internos y externos para el apoyo a la movilidad a estudiantes, docente e investigadores, a través de convocatorias, redes, aliados estratégicos etc.</p>	<p>Alto</p>	<p>1. El/La líder de movilidad estudiantil y docente debe analizar los resultados del FOR-RI-010, y compararlos con los indicadores de movilidad para tomar acciones que ayuden a incentivar la movilidad docente y estudiantil.</p> <p>2. El/La líder de movilidad estudiantil y docente debe redefinir la planificación y estrategias para desarrollar las jornadas de sensibilización en la Universidad del Atlántico para dar a conocer los servicios de movilidad que se ofrecen a través de la Universidad del Atlántico, redes, alianzas.</p> <p>3. Identificar y socializar las diferentes convocatorias nacionales e internacionales y que permitan la participación y la oportunidad de obtener recursos que permiten la movilidad estudiantil y docente.</p>	<p>Se recomienda implementar controles dirigidos a mejorar las estrategias los índices de movilidad docente y estudiantes con respecto al número total de estudiantes y docentes y a las necesidades propias de cada facultad, de tal manera que los apoyos se otorguen de manera equitativa, mejorar las metas en consonancia con los requerimientos del CNA y generar estrategias para la consecución de recursos y financiación de movilidad para docentes y estudiantes con entes externos a través de la participación en convocatorias externas.</p>
<p>Gestión Documental</p>	<p>Posibilidad de detrimento económico y reputacional por sanciones, multas y demandas judiciales, debido al incumplimiento omisión o desconocimiento de la normatividad legal vigente, aplicable a la gestión documental por parte del personal de la universidad</p>	<p>1. El profesional de la secretaria general realiza las capacitaciones al personal sobre la normatividad legal vigente aplicable a la gestión documental.</p> <p>2. El profesional encargado de secretaria general revisa, actualiza de ser pertinente y socializa periódicamente la política de gestión documental para su conocimiento.</p>	<p>Alto</p>	<p>1. Realización de capacitaciones sobre las pautas vigentes para la gestión de la información establecidas en la política de gestión documental de la universidad y verificación mediante listado de asistencia, fotografía cte.</p> <p>2. Revisión y Socialización de la política de gestión documental a través de correo electrónico.</p>	<p>1. Se recomienda implementar controles de aseguramiento de la gestión documental en relación al uso de equipos portátiles que guardan información institucional por parte de contratistas y funcionarios y al seguimiento de las tablas de retención documental.</p> <p>2. Además, y en coherencia con la política de gestión documental de cero papel, de la cual se debe sensibilizar a toda la comunidad universitaria, es importante tener un control para garantizar el aseguramiento y protección de la información digital o en la nube para cada dependencia y adecuar las tablas de retención documental a ésta nueva política.</p>

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

<p>Gestión Financiera</p>	<p>Posibilidad de pérdida reputacional por atraso en la entrega de respuestas a nuestras partes interesadas debido a la baja funcionalidad del sistema de información financiera para la producción de información y/o la estacionalidad de los documentos tramitados por alguno de los responsables de actividades.</p>	<p>1. El jefe del Departamento de Gestión financiera realiza mesas de trabajo con el jefe de la oficina de informática, el grupo de profesionales y asesores del proceso gestión tecnológica, para realizar las mejoras en el sistema financiero que permitan tener información confiable y de calidad. (validar vigencia del control)</p> <p>El jefe de Dpto. en conjunto con el jefe de informática verifica la eficiencia del sistema e identifica las mejoras necesarias a través de mesas de trabajo.</p> <p>2. El jefe del Departamento de Gestión Financiera y el personal operativo encargado de la producción de información del proceso, realizan seguimiento a las diferentes actividades del procedimiento PRO-GF-002, para realizar los controles necesarios que permitan que la información llegue en el momento oportuno y con el cumplimiento de requisitos a las partes interesadas.</p>	<p>Alto</p>	<p>1. Asistir a las reuniones de seguimiento realizadas por la Oficina Informática para conocer los resultados de la implementación de mejoras en el sistema de información financiera. (validar el cumplimiento de las mejoras identificadas).</p> <p>2. Verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos en el flujograma del proceso gestión financiera</p>	<p>Se recomienda hacer una medición y análisis en los tiempos de respuesta de solicitudes y trámites financieros, estableciendo un sistema de encuesta y satisfacción de usuarios. Es importante analizar los tiempos e identificar las demoras en los tiempos de respuesta a las dependencias y establecer acciones de mejora al respecto.</p>
<p>Extensión y Proyección Social</p>	<p>Posibilidad de afectación económica y reputacional por cese forzoso de las actividades académicas presenciales, por parte de la comunidad educativa de la Universidad del Atlántico, debido a que no se alcance el punto de equilibrio que no permite la auto sostenibilidad de los cursos.</p>	<p>El Jefe del Departamento de Extensión y Proyección Social, asigna un rubro presupuestal para el arrendamiento de otros centros educativos en caso de que sea necesario, lo cual se evidenciará a través de: cdp expedido por la rectoría de la Universidad del Atlántico y contratos de arrendamiento.</p>	<p>Alto</p>	<p>No tiene plan de acción</p>	<p>Se recomienda implementar estrategias sostenibles que estén dirigidas al proceso misional de extensión y proyección social que permita aumentar el nivel de participación de la universidad en el territorio con altos estándares de calidad, a través de campañas de publicidad y ofertas de interés para los cursos y programas de educación continua.</p>



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

• Riesgos Moderados: 8

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
Gestión Tecnológica y Comunicaciones	Posibilidad de afectación económica por pérdidas o daños de equipos, elementos y/o información por vulneración y/o intrusión en el área de informática, debido al inadecuado control de acceso a las instalaciones y/o fallas de seguridad físicas se incurre en el ingreso no autorizado al área tecnológica permitiendo la ingeniería social, que puede incurrir en la Pérdida, daños, manipulación, robos de infraestructura tecnológica	1. El jefe es el encargado de gestionar la seguridad física adecuada: 2. Contar con los recursos que controlen el acceso al público a las instalaciones en las áreas restringidas garantizando una atención eficiente por medio de los canales apropiados 3. Mantener y garantizar las áreas de acceso las puertas de seguridad, biométrico, cámara de seguridad, citofonos, entre otros 4. Diligenciar el formato FOR-GT-015 (Bitácora ingreso a datacenter) para el acceso autorizado al Data Center por personal visitante que por temas técnicos requiera el ingreso	Moderado	Contar con el sistemas de acceso biométrico, el cual su función es permitir el ingresos a las áreas restringidas por medio de la lectura de la huella previamente guardada en el sistema de acceso, las personas que no cuenten con el permiso de ingreso autorizado son atendidas en la recepción, las cuales previamente se visualizan a través del video portero, las cámaras de seguridad se encuentran instaladas en varios espacios en la Universidad y Oficinas, Éstas son monitoreadas por el personal de servicios generales, con la finalidad de agilizar y facilitar los trámites y servicios se cuenta con una herramientas en línea "CAU" el CAU es un medio de atención de preferencia y solución a los requerimientos sin necesidad de desplazarse hasta la oficina de informática, gestionar recursos y actividades para dotar los espacios pertenecientes al proceso de Gestión tecnológica que aún no cuentan con cámaras y otro elementos de protección físicas, mantenimiento de las puertas de seguridad	El control se ha mantenido efectivo durante el periodo evaluado. Se recomienda describir mejor el riesgo en cuanto a la redacción de las causas y consecuencias.
Investigaciones	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en la ejecución de proyectos de investigación a través de Contratos y Convenios, debido al incumplimiento en las cláusulas contractuales de los convenios suscritos por falta de seguimiento en las actividades a realizar.	El Departamento de Investigaciones hace seguimiento a los contratos y convenios respecto a su ejecución a través de los docentes directores del proyecto.	Moderado	No tiene un plan de acción	Se sugiere generar un plan de acción para éste riesgo, sobre todo en lo que hace referencia a los proyectos de investigación financiados con recursos de regalías, ya que el incumplimiento de las cláusulas de los Contratos para este tipo de proyectos cuyos montos financiados son de alto valor, pueden incurrir en sanciones fiscales y penales por parte de entes de Control Externos. Se deben identificar los riesgos inherentes a cada una de las actividades descritas en este tipo de proyectos.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

Bienestar universitario	Posibilidad de afectación reputacional por deficiente prestación del servicio de salud integral a la comunidad por quejas y reclamos debido a la inoportuna o inadecuada atención en primer nivel en salud física, odontológica y mental dirigidas a la comunidad Universitaria	La líder de la sección funcional salud de la Vicerrectoría de Bienestar Universitario (auxiliar de enfermería) supervisa el cumplimiento de los contratos de los operadores en salud (física, mental y de área protegida). A través de reuniones periódicas con los operadores y seguimiento a la atención brindada a la comunidad universitaria.	Moderado	No tiene un plan de acción	Se sugiere como parte del control de este riesgo, ampliar la cobertura y fortalecer la supervisión en la atención de salud (física, mental y de área protegida) a todas las sedes regionalizadas, incluyendo la sede de Bellas Artes
Gestión de Talento Humano	Posibilidad de afectación reputacional por inadecuado del proceso de posesiones de los docentes no pertenecientes a la carrera profesoral debido a incumplimiento de las fechas y los requisitos exigidos para tal fin.	El funcionario encargado del proceso de contratación de docentes no pertenecientes a la carrera profesoral, verifica el cumplimiento de los requisitos legales establecidos para la toma de posesión en las entidades públicas listados en la comunicación y resolución de nombramiento docente la cual es compartida junto con otros documentos e instrucciones en el correo donde se le comunica al docente su nombramiento.	Moderado	Seguimiento al cumplimiento de los requisitos de vinculación de acuerdo con el estatuto docente.	Este riesgo se ha materializado en el periodo 2024-1 y en periodos anteriores y ha sido notificado en las auditorias de Control Interno y como alertas tempranas al proceso de Gestión de Talento Humano y de Docencia. Se recomienda abrir una acción correctiva dada la recurrencia en el incumplimiento de las fechas y los requisitos exigidos para tal fin. Desde la Vicerrectoría de Docencia y Talento Humano se han tomado algunas acciones de mejora desde la planificación del proceso y tratamiento de las novedades con el módulo RVD, sin embargo, éste plan de mejoramiento no ha sido documentado en una acción correctiva.
Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica por multa y sanciones del organismo de control ambiental, debido al incumplimiento de los requerimientos normativos ambientales aplicables.	El profesional de cada programa verifica y evalúa el cumplimiento de la normatividad ambiental en cada una de las normativas aplicables a la Universidad, comunicando a las partes interesadas el cumplimiento normativo que debe realizar su área a fin de dar cumplimiento a esta normatividad.	Moderado	No tiene plan de acción.	Es conveniente mantener identificados los riesgos inherentes a las actividades que afecten el medio ambiente del campus, fortalecer las campañas de socialización y sensibilizaciones permanentes a la comunidad y aplicar controles efectivos.
Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica por Incumplimiento de la normatividad ambiental aplicable a la Universidad, debido a la disposición final inadecuada de los residuos de demolición, construcción en obras civiles y procesos de remodelación y	El asesor de planta física incluye en los estudios previos la obligación contractual a contratistas de proyectos, obras y mantenimiento que generen residuos derivados de actividades de construcción.	Moderado	No tiene plan de acción.	Se debe replantear el control del riesgo, ya que los estudios previos no constituyen un documento vinculante para el contratista, éste es un instrumento de planificación, por lo que se debe definir el control desde la supervisión del contrato, a través del seguimiento y monitoreo permanente al cumplimiento de las obligaciones contractuales de los



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

	mantenimiento en la institución.				mantenimientos que generen residuos derivados de actividades de construcción y pedir constancia de su adecuada realización.
Gestión Jurídica	Posibilidad de deterioro reputacional y económico por la deficiente representación jurídica de la institución debido a Falta de Seguimiento a las contestaciones legales o por fuera del término legal.	La Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica realiza seguimientos de las respuestas enviadas a los Juzgados y seguimiento trimestral a través de reuniones de equipos por los fallos.	Moderado	Capacitaciones a dependencias con mayor índice de acciones de tutela por posible vulneración del derecho de petición	Se sugiere fortalecer las capacitaciones a las dependencias en cuanto a los tiempos y términos de respuesta de acciones de tutelas o derechos de petición y que desde la oficina de Jurídica se consoliden, revisen y ajusten las respuestas dadas por las dependencias antes de enviar al peticionario. Se deben mejorar los tiempos de respuesta desde las dependencias.
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación reputacional debido a la disminución de número de inscritos en los procesos de admisiones por limitada oferta de programas académicos de pregrado y posgrado	El vicerrector de Docencia mediante el Consejo Académico, sesionan para dar aval a los programas ofertados en cada proceso de inscripción, a su vez la autorización para la creación de nuevos programas de pregrado y posgrado.	Moderado	Realizar estudio de pertinencia de la oferta actual y pre factibilidad de una nueva oferta, que tenga en cuenta las necesidades de formación, análisis del mercado y los recursos técnicos, operativos y financieros	Se sugiere redireccionar la custodia de este riesgo al proceso de Docencia y no al de Direccionamiento. Se recomienda monitorear los controles del riesgo con respecto a las posibles amenazas en la oferta académica de otras IES públicas y privadas del departamento y de la región, como es el caso de la Institución Universitaria de Barranquilla (pública) y demás IES privadas. Además, se deben analizar las causales por las cuales hay una tendencia a la baja de los estudiantes inscritos. En Isolucion existe la Acción Correctiva #621 que detalla la disminución de estudiantes inscritos periodo 2023-I y 2023-II.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

• Riesgos Bajos: 3

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
Gestión Tecnológica y Comunicaciones	Posibilidad de afectación reputacional por disminución de la demanda por la pérdida de la reputación, mala imagen institucional y percepción desfavorable en la comunidad asociada a la información y comunicación institucional debido a la filtración de información de confidencial, no autorizada o falsa en medios y ámbitos externos, que produzca desinformación e impacte negativamente en el desarrollo de las actividades misionales de la universidad.	<ol style="list-style-type: none"> El proceso de Gestión Tecnológica y Comunicaciones debe mantener actualizados los Procedimientos para publicaciones internas y externas y matrices de administración de medios de comunicación, formatos y vocerías, Manual de atención en crisis desde el área de comunicaciones. Mantener actualizada la documentación requerida para realizar las actividades del proceso de comunicaciones. De manera periódica y de acuerdo a disposiciones vigentes se debe actualizar la documentación pertinente. 	Bajo	Mantener actualizada los documentos (procedimientos, matrices, formatos, entre otros) del tema en mención, consultar los documentos para las actividades pertinentes, mantener visible la información	Se sugiere que el plan de contingencia o plan de acción en caso de filtración de información confidencial o desinformación en medios externo o a la comunidad universitaria, no solo se limite a mantener actualizada la documentación del proceso, sino también a la intervención inmediata de la alta dirección para revertir la desinformación e informar bien a la comunidad. Para lo cual, es importante establecer campañas de información claras respecto cuáles son los canales de comunicación oficiales internos y externos y que éstos estén disponibles y de fácil acceso para que la comunidad universitaria se mantenga bien informada en tiempo real de los acontecimientos institucionales de alto impacto.
Gestión Documental	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la insatisfacción del cliente por no gestionar de manera oportuna y efectiva las PQRSDF incumpliendo el procedimiento de atención al ciudadano y el vencimiento de términos. Debido al mal uso de la herramienta Orfeo por omisión o desconocimiento, para dar respuesta a las solicitudes, incumpliendo la normatividad legal vigente	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la insatisfacción del cliente por no gestionar de manera oportuna y efectiva las PQRSDF incumpliendo el procedimiento de atención al ciudadano y el vencimiento de términos. Debido al mal uso de la herramienta Orfeo por omisión o desconocimiento, para dar respuesta a las solicitudes, incumpliendo la normatividad legal vigente.	Bajo	Realizar en conjunto con la Oficina de Control Interno y planeación la programación de mesas de trabajo para revisar los aspectos específicos relacionados a la gestión, medición de indicador y seguimiento de las PQRSDF de las dependencias que no cumplen con el indicador.	Este riesgo se materializó con la No conformidad menor identificada en la auditoría externa de calidad por parte de Icontec en diciembre de 2023 y con el incumplimiento del indicador del proceso % de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, resueltas en los términos de ley establecidos (trimestral) con un cumplimiento del 70%. para lo cual se tiene abierta la acción No 405. Se sugiere dar cumplimiento a las actividades del plan de mejoramiento de la acción correctiva de la auditoría externa #671 y de la acción correctiva #405 por incumplimiento de indicador, según los tiempos establecidos.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

<p>Direccionamiento Estratégico</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional por el débil proceso de organización, depuración, validación de la información entre las diferentes dependencias antes del reporte debido a la falta de un sistema de información robusto para el manejo de la información estadística que garantice la integridad, disponibilidad y/o confidencialidad de la información institucional.</p>	<p>El profesional especializado de la Oficina de Planeación revisa los resultados de los cargues de las variables entregadas por áreas, retroalimentando a los líderes funcionales por correo electrónico y/o reuniones presenciales o virtuales, para su posterior corrección.</p>	<p>Bajo</p>	<p>Propender por la implementación de un sistema de información robusto para el manejo de la información estadística que garantice la integridad, disponibilidad y/o confidencialidad</p>	<p>Este riesgo se ha materializado en diferentes dependencias y se ha evidenciado y notificado en los informes de auditorías de control interno sobre todo en lo relacionado a cifras o cuantías que no coinciden entre una dependencia y otra. El control para este riesgo no debería ser de tipo manual, sino de tipo automático o sistemático. Se hace necesario que desde la oficina de Planeación y de Gestión Tecnológica e Información se implemente un sistema de información institucional integrado que garantice la confiabilidad de la misma y facilite el reporte de información ante visitas o auditorías de entes internos y externos y que no genere controversia o incoherencia entre una dependencia y otra, sino que se maneje una única y una misma información institucional.</p>
-------------------------------------	--	---	-------------	---	--

CONCLUSION

Se cumplió con el objetivo del seguimiento con corte a abril 2024, dispuesto en la Resolución No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 por la cual se aprueba la política de administración de riesgos institucional.

Dada la importancia de una correcta administración de riesgos, se sugiere continuar con la actividad de autoevaluación de los mismos teniendo en cuenta las observaciones descritas en estos informes y determinar su viabilidad con la finalidad de que se hagan los ajustes que se consideren pertinentes. Es importa la valoración de los controles ejercidos por la primera línea de defensa en cada proceso que mitiguen las causas de manera óptima.

Si bien es cierto que un control puede mitigar varios riesgos identificados, también es necesario establecer controles dirigidos a mitigar causas reales y potenciales, para esto se requiere el conocimiento amplio del proceso y del rol de cada una de las líneas de defensa en la gestión de riesgo. En varios de estos informes de auditoría se ha expresado la observación respecto a que algunos procesos han asignado como control las auditorías de los entes de control; cabe recordar que los ejercicios de auditoría son selectivos y posteriores, para ofrecer aseguramiento sobre la gestión, no son controles.

RECOMENDACIONES

1. Tener en cuenta las observaciones presentadas en el informe y determinar las oportunidades para la mejora en la administración de los riesgos de gestión institucionales.
2. Actualizar la política institucional de riesgos definida en la Resolución No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 por medio de la cual se adoptan las nuevas políticas de administración de riesgos y mapa de riesgos al interior de la Universidad del Atlántico.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

3. Someter a aprobación del representante legal la política de administración de riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, de acuerdo al artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Decreto 648 de 2017. Consultar con la Oficina de Jurídica la viabilidad del Decreto con el Estatuto General.
4. Actualizar y ajustar el DOC-DE-006.V1 en donde se administra la Política de Riesgos.
5. Definir la matriz de riesgos fiscales en los procesos correspondientes de acuerdo a los nuevos lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas en su versión 6.
6. Revisar las líneas de defensa y sus roles, definirlos y aprobarlos a través de un acto administrativo y socializar las responsabilidades de cada uno de los actores en la gestión de riesgos en la universidad.
7. Socializar el presente informe con los responsables y delegados de calidad en cada uno de los procesos para la toma de decisiones.
8. Recibir la retroalimentación de las acciones realizadas por los responsables y delegados de calidad de los procesos para tener en cuenta en el siguiente corte de monitoreo de los riesgos.
9. Identificar posibles nuevos riesgos que puedan impactar la gestión de los procesos, teniendo en cuenta el marco legal y los cambios internos y externos que aplique a cada uno de ellos.
10. Capacitar a los responsables de procesos y delegados de calidad sobre la administración y gestión de riesgos.
11. Revisar la matriz de riesgos de los estudios previos de proveedores y contratistas para identificar posibles nuevos riesgos de gestión inherentes en cada actividad de los procesos respectivos.
12. Mejorar la formulación de los objetivos de los procesos, es decir, que contengan unos atributos mínimos de medición, para lo cual se podría hacer uso de las características SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales), esto con el fin de identificar riesgos que sean coherentes al objetivo del proceso.
13. Habilitar en la nube un repositorio de las evidencias de los controles para cada uno de los riesgos por procesos que sea compartido con los líderes de calidad de la Oficina de Planeación y el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno para facilitar el monitoreo periódico de los mismos, soportado con evidencias objetivas de la implementación de los controles.



Roberto Henriquez Noriega
Jefe – Oficina de Control Interno