



Universidad
del Atlántico

CÓDIGO: FOR-CI-021

VERSIÓN: 1

FECHA: 30/01/2024

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

CON CORTE A
DICIEMBRE 2024

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 en donde se evalúan los mapas de riesgos por procesos, el seguimiento, monitorio y controles con corte a diciembre 31-2024.

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.

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 31000:2018 Gestión del riesgo.
- NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad
- Resolución rectoral 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.
- Resolución rectoral No. 1391 de 26 de abril de 2021 en donde se establece la estructura del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles de las Entidades Públicas (DAFT), Versión 6 de noviembre 2022.
- Decreto 1082 de 2015. Decreto Único Reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional.
- Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles en entidades públicas febrero 2018.
- Decreto 1122 de 30 de agosto 2024 Programas de Transparencia y Ética Pública.

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.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

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 31 de diciembre 2024.

De acuerdo al alcance de esta auditoria correspondiente a la evaluación de la efectividad de la gestión de riesgos durante el periodo septiembre 2024 a diciembre 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 revisión al corte 31 agosto 2024
		Extremos	Altos	Moderados	Bajos	
Bienestar Universitario	3		1	2		Se mantiene igual en cantidad. Un riesgo pasa de extremo 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	Se mantiene igual
Direccionamiento Estratégico	11		7	3	1	Se mantiene igual
Docencia	9		4	5		Se mantiene igual
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	3		2	1		Se mantiene igual
Gestión Talento Humano	5	1		3	1	Se mantiene igual
Gestión Documental	6		6			Se mantiene igual
Gestión Financiera	2		2			Se mantiene igual
Gestión Jurídica	NA	NA	NA	NA	NA	No hay comparativo, debido a que el proceso no entregó la información de la revisión de sus riesgos a corte del 31 de diciembre 2024.
Gestión Tecnológica	3		2	1		Se mantiene igual
Investigaciones	5			5		Se mantiene igual
RII	3			3		Se mantiene igual en cantidad. Los 3 riesgos pasan de altos a moderados
TOTALES	78	3	29	41	5	Disminuyó de 81 a 78 el número total de riesgos de gestión institucionales

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

Lo que indica la tabla en la zona de riesgo inherente es que, en el periodo correspondiente a corte de diciembre 2024, se evaluaron **78 riesgos de gestión** (4% por debajo de los 81 riesgos de gestión evaluados a corte de agosto 2024); de los cuales 3 se clasificaron como extremos, 29 altos, 41 moderados y 5 bajos. 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 sobre todo aquellos en zona de riesgo inherente alta.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

Proceso	# Riesgos	Zona de Riesgo Final			
		Extremos	Altos	Moderados	Bajos
Bienestar Universitario	3		1	2	
Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento continuo	3		1	2	
Control Disciplinario	3			3	
Control Interno	3				3
Direccionamiento Estratégico	11		4	2	5
Docencia	9		1	8	
Extensión y P.S.	6		1	5	
Gestión Ambiental	6			5	1
Gestión Bienes, Sum. Y Servicios	7	2	1	3	1
Gestión Calidad	3		1	1	1
Gestión Talento Humano	5		1	3	1
Gestión Documental	6		5	1	
Gestión Financiera	2		2		
Gestión Jurídica	NA	NA	NA	NA	NA
Gestión Tecnológica	3		1	1	1
Investigaciones	5			5	
RII	3			3	
TOTALES	78	2	19	44	13

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

Luego de aplicar los controles a los riesgos inherentes de los 17 procesos del SIG, se puede observar en la zona de riesgo final que se logra disminuir el impacto de los riesgos altos a riesgos moderados y bajos y pasar de 29 a 19 riesgos altos, ocasionando un incremento favorable en el número de riesgos moderados y bajos en esa proporción. Lo anterior, indica que los controles están siendo eficaces frente a la posible materialización de dichos 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.
2. El DOC-DE-006, explica la metodología de identificación, análisis, valoración y autoevaluación con base en el aplicativo Resolución 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.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

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 auditorías 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.

Para este corte de auditoría se seleccionó una muestra de riesgos para evaluar, de acuerdo a la siguiente tabla porcentual y teniendo en cuenta el número de riesgos finales después de aplicar los controles definidos por cada proceso:

ZONA DE RIESGO FINAL

Extremo	2	3%
Alto	19	24%
Moderado	44	56%
Bajo	13	17%

Tamaño de la muestra:

De acuerdo a lo anterior, del total de los 78 riesgos de gestión se tomó una **muestra para evaluar del 100% para los riesgos extremos, del 15% para los riesgos en zonas Alta, Moderada y Baja**, lo que equivale a **14 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.

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

Extremo	2
Alto	3
Moderado	7
Bajo	2



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

Análisis de riesgos de la muestra seleccionada

• **Riesgos Extremos: 2**

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
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>	Extremo	Seguimiento, evaluación y reevaluación de proveedores.	<p>1. Se sugiere fortalecer la actividad de supervisión de los contratos en cuanto a oportunidad y calidad en la entrega de los bienes adquiridos.</p> <p>2. Adicionalmente, se sugiere replantear el Plan de Acción del riesgo, teniendo en cuenta que, en caso de incumplimiento del contrato, se deben activar las medidas legales, fiscales y de garantías del bien o servicio, las cuales deben estar debidamente definidas en el contrato y en los procedimientos internos en la Universidad.</p>
Gestión de Bienes Suministros y Servicios Generales	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>1. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales verifica semanalmente el cumplimiento de las actividades programas 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</p>	Extremo	<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>1. Se sugiere revisar la gestión del cambio de la implementación del Módulo de Activos del Software de gestión de activos sujetos al mantenimiento.</p> <p>2. 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>

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

		<p>actualizada en un sistema de gestión de activos.</p> <p>3. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales gestionará ante la alta dirección la Priorización de las necesidades de mantenimiento: Dado que los recursos financieros son limitados, es necesario establecer criterios claros para priorizar las necesidades de mantenimiento. Esto puede incluir la evaluación del estado de los activos, la consideración de los riesgos asociados a cada uno y la identificación de aquellos que son críticos para el cumplimiento de los objetivos de la organización. Con base en esta evaluación, se debe asignar el presupuesto disponible de manera adecuada y estratégica.</p> <p>4. Gestión de presupuestos plurianuales: Si los recursos financieros no son suficientes para atender todas las necesidades en una sola vigencia, se puede considerar la implementación de presupuestos plurianuales. Esto implica llevar a cabo una planificación financiera a largo plazo y distribuir los recursos de manera equitativa a lo largo de varios periodos. Esta estrategia permitirá atender progresivamente las necesidades de mantenimiento y reducir el riesgo de incumplimiento al PIM. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta estrategia requerirá un mayor nivel de planificación y monitoreo a largo plazo.</p>			
--	--	--	--	--	--

• **Riesgos Altos: 3**

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Zona de Riesgo Final	Plan de Acción	Observación OCI
Docencia	Posibilidad de afectación reputacional por falsificación de más del 10% de las certificaciones y constancias académicas generados en línea, debido a insuficientes medidas de seguridad para garantizar la autenticidad.	El funcionario del DAR recibe las solicitudes de validación del documento y procede a verificar la información en el sistema académico, de acuerdo al certificado diseñado en línea, con firma a color, código único de verificación. Y responde al peticionario, a través del mismo canal donde se realizó la petición. Además lleva control interno mediante documento de apoyo de las verificaciones realizadas y el resultado de la misma.	Alto	Gestionar ante la Oficina de Gestión Tecnológica y el proveedor del software Academusoft la implementación de mayores controles tecnológicos para la generación de certificados: firma digital, QR, marca de agua, método de encriptación, entre otros.	Este riesgo de falsificación documental se constituye en un tipo riesgo de corrupción por fraude y por ser un delito penalizado de acuerdo al Artículo 390.1 del Código Penal, se sugiere ser documentado y evaluado en la matriz de riesgos de corrupción y no en la matriz de riesgos de gestión del proceso como se encuentra actualmente.



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

Gestión Documental	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	El profesional de la secretaria general realiza las capacitaciones al personal sobre la normatividad legal vigente aplicable a la gestión documental.	Alto	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, fotografías etc.	<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. La política de gestión documental debe ser socializada no solo a través de correo electrónico sino generar estrategias de sensibilización en la comunidad universitaria.</p> <p>3. Se sugiere crear un indicador en el Proceso de Gestión Documental que permita medir y controlar el cumplimiento de la política de Gestión documental de la universidad.</p>
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.	El profesional de la secretaria general realiza Capacitación al personal administrativo responsable del sistema de atención al ciudadano de la Universidad, evidenciado en listados de asistencias, fotografías, correos electrónicos.	Alto	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.	La Oficina de Planeación, Secretaria General con apoyo de la Oficina de Control Interno, deben evaluar de manera periódica a través de mesas de trabajo y muestreo por auditorías internas, la oportunidad de respuestas a las PQRSDF y las causales recurrentes de las mismas, verificando la calidad y efectividad en las respuestas, lo que debe resultar en la disminución de quejas y reclamos recepcionados.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

• **Riesgos Moderados: 7**

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 intromisión 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	<p>1. El jefe es el encargado de gestionar la seguridad física adecuada</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>4. Los usuarios y los técnicos del área cuentan con una herramienta apropiada para la gestión de solicitudes, control de atenciones y medición del servicio. Los usuarios y los técnicos del área deben hacer uso eficiente de la herramienta Help desk (CAU)</p> <p>5. Para una mejor atención de las solicitudes se debe gestionar la herramienta CAU para los requerimientos al área de gestión tecnológica e informática, cada caso tendrá un número único, por medio del cual se controla la trazabilidad y el tiempo de atención de acuerdo con los ANS establecidos.</p>	Moderado	<p>1. 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 cuentan 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, están 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.</p> <p>2. Los líderes de los procesos deberán verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en los convenios previas a su ejecución.</p>	Los controles del riesgo se han mantenido efectivo durante el periodo evaluado. El riesgo no se ha materializado. Sin embargo, se recomienda ampliar el alcance en la descripción de este riesgo, no solo para la Oficina de Informática, sino también para las áreas de otras dependencias que manejan inventario físico y/o tecnológico de alto valor que podrían estar expuestos y vulnerables a robo y daños por falta de seguridad y control.



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

<p>Investigaciones</p>	<p>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.</p>	<p>El Departamento de Investigaciones hace seguimiento a los contratos y convenios respecto a su ejecución a través de los docentes directores del proyecto.</p>	<p>Moderado</p>	<p>No tiene un plan de acción</p>	<p>1. Se sugiere especificar en el control del riesgo el responsable y la frecuencia en la que se realiza seguimiento a los contratos y convenios.</p> <p>2. 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.</p>
<p>Bienestar Universitario</p>	<p>Posibilidad de afectación económica y reputacional por quejas, reclamos y/o sanciones debido a la Inoportuna o inadecuada atención en primer nivel en salud física, odontológica y mental dirigidas a la comunidad Universitaria</p>	<p>La líder de la sección funcional salud de la Vicerrectoría de Bienestar Universitario supervisa el cumplimiento de los contratos de los operadores en salud (física y de área protegida), así mismo la jefa del departamento de Dlo. Humano Integral supervisa el cumplimiento del programa de salud mental a través de reuniones periódicas con los operadores y seguimiento a la atención brindada a la comunidad universitaria.</p>	<p>Moderado</p>	<p>No tiene un plan de acción</p>	<p>1. Se sugiere crear un nuevo riesgo exclusivo en relación con la salud mental, debido al alto impacto del mismo. Éste debe estar categorizado en nivel de riesgo alto y se sugiere definir como parte de los controles una adecuada elaboración de los estudios previos y supervisión al cumplimiento de los contratos del operador en salud mental. Asimismo, se debe definir un plan de acción para este riesgo.</p> <p>2. 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 (Suan, Sabanalarga y Soledad), incluyendo la sede de Bellas Artes y la sede Centro.</p>
<p>Gestión de Talento Humano</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional por desarrollo 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.</p>	<p>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.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Seguimiento al cumplimiento de los requisitos de vinculación de acuerdo con el estatuto docente.</p>	<p>Éste riesgo se materializó en el periodo 2024-1 y en periodos anteriores ya ha sido notificado en las auditorias de Control Interno como alertas tempranas al proceso de Gestión de Talento Humano y de Docencia. En consecuencia, se sugiere 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</p>



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

					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.
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la suspensión de actividades académico-administrativas derivadas del inconformismo de las partes interesadas por la gestión académica administrativa.	El rector y vicerrectores lideran y participan de espacios de diálogo y concertación con la parte interesada conforme, generando acuerdos escritos (hojas de ruta y/o actas de concertación).	Moderado	No tiene plan de acción	Se sugiere replantear el control de riesgo, ya que es de naturaleza correctiva y no preventiva. La descripción del actual control está relacionado más a un plan de contingencia reactivo una vez se materializa el riesgo y no como un control para prevenir o mitigar la ocurrencia del mismo.
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 mantenimiento en la institución.	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 mantenimientos que generen residuos derivados de actividades de construcción y pedir constancia de su adecuada realización.
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, sesiona 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	<ol style="list-style-type: none"> 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.



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

• **Riesgos Bajos: 2**

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 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.	<p>1. El proceso de gestión Tecnológica y Comunicaciones, a través de la dirección de 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.</p> <p>2. Mantener actualizada la documentación requerida para realizar las actividades del proceso de comunicaciones.</p> <p>3. Llevar a cabo las actividades de Manual de atención en crisis desde el área de comunicaciones.</p> <p>4. El Departamento de comunicaciones debe gestionar el uso de medios virtuales y redes sociales, el director debe gestionar las herramientas, personal y recursos adecuados para brindar el servicio necesario en comunicaciones.</p> <p>5. En el proceso de comunicaciones se gestionará los mecanismos y medios apropiados para mantener informada a la comunidad con herramientas adecuadas.</p> <p>6. Uso de redes sociales, actualización del sitio web institucional, cumplimiento de normas y leyes en el manejo de las comunicaciones</p>	Bajo	<p>1. Mantener actualizada los documentos (procedimientos, matrices, formatos, entre otros) del tema en mención, consultar los documentos para las actividades pertinentes, mantener visible la información.</p> <p>2. Gestionar los recursos necesarios para la Utilización de los medios virtuales dependiendo de la herramienta a utilizar y con la aprobación de los presupuestos adecuados</p>	<p>1. Se sugiere especificar en la descripción del control, al responsable del mismo, que para el caso en mención es el Director de Comunicaciones.</p> <p>2. 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.</p>
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y 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.	El profesional especializado de la Oficina de Planeación valida la información estadística por variable entregadas por las áreas productoras de la información, retroalimentando a los líderes funcionales por correo electrónico y/o reuniones presenciales o virtuales, para su posterior corrección.	Moderado	No tiene plan de acción.	Teniendo en cuenta el Acuerdo Superior No. 007 de marzo 27 de 2000, por el cual se reglamenta el Sistema de Planeación y se crea el consejo de Planeación de la Universidad del Atlántico, en el capítulo III del Sub-sistema de información se especifica el objeto y la funciones de la Oficina de Planeación en cuanto a la administración de la información institucional de las diferentes dependencias, por lo que



INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

					se sugiere adoptar y cumplir dicha normativa.
--	--	--	--	--	---

CONCLUSION

Se cumplió con el objetivo del seguimiento con corte a 31 de diciembre 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. Se revisó la documentación soporte y anexos enviados por la Oficina de Planeación como son las actas de reunión por procesos, en donde se evidencia la revisión de cada uno de los riesgos asociados a los mismos en acompañamiento con los líderes de calidad asignados, así como las matrices de riesgos de gestión y corrupción consolidadas por procesos según la Guía de Riesgos DAFT en su quinta versión.

Es de anotar que, para la revisión a corte de diciembre 2024, el proceso de Gestión Jurídica no hizo entrega de sus riesgos, alcanzando un cumplimiento del 94% en el ejercicio de evaluación de riesgos al corte.

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 importante 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 externos. Cabe recordar que los ejercicios de auditorías internas y externas son selectivos y posteriores para ofrecer aseguramiento sobre la gestión. No son controles; sino evaluaciones sobre la gestión del proceso.

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, y hacer seguimiento oportuno desde el proceso de Direccionamiento Estratégico a la nota de mejora #456 abierta en Isolucion.
3. Actualizar y ajustar el DOC-DE-006.V1 en donde se administra la Política de Riesgos.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

4. 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.
5. Revisar las líneas de defensa y sus roles. Redefinirlas y aprobarlas a través de la actualización de la Resolución 1391 de 26 de abril de 2021 y socializar las responsabilidades de cada uno de los actores en la gestión de riesgos en la universidad.
6. Socializar el presente informe con los responsables y delegados de calidad en cada uno de los procesos para la toma de decisiones.
7. 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.
8. Capacitar a los responsables de procesos y delegados de calidad sobre la administración y gestión de riesgos.
9. 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.
10. 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.
11. La Alta Dirección junto con el Departamento de Gestión de Talento Humano, deben actualizar el Código de Ética de la Universidad del Atlántico definido en el Acuerdo Superior No. 000011 del 28 de noviembre de 2008; el cual, para efectos de la actual normativa establecida en el Decreto 1122 de 2024, se define como el Código de Integridad de la institución. (Ver recomendación dada en el Informe de transparencia y acceso a la información pública y racionalización de trámites).



Roberto Henríquez Noriega
Jefe – Oficina de Control Interno