



**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
MAYOR DE CARTAGENA**



**INFORME AUDITORIA DE
PLANEACION INSTITUCIONAL
2024**

**OFICINA ASESORA DE
CONTROL INTERNO**

CONTENIDO

Introducción

I. Objetivos

1.1. Objetivo General

1.2. Objetivos Específicos

II. Alcance

III. Marco Legal

IV. Criterios de la revisión contractual

V. Metodología

VI. Aspectos reflejados en el desarrollo del proceso y resultados de la auditoría

VII. Observaciones

VIII. Conclusiones

IX. Recomendaciones

X. Anexos

INTRODUCCION

La Oficina Asesora de Control Interno, en desarrollo al Plan Anual de Auditorías, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno Institucional para la vigencia 2024, realizó auditoria al Proceso de Planeación Institucional, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las normas y requisitos vigentes legales de su competencia.

El presente informe contiene los resultados del análisis y evaluación de la información solicitada al líder y su equipo de trabajo. Así mismo contiene la descripción de los objetivos, alcance, criterios de la auditoria. Este ejercicio se realizó con base a las normas de auditoría de general aceptación en Colombia, las cuales incluyen planeación y verificación documental, ejecución de trabajo y generación de informe y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones.

Los resultados de este documento, servirán para proporcionar a la alta dirección, así como a las partes interesadas, una visión clara y objetiva de los resultados de la auditoría, permitiendo la toma de decisiones que contribuyan a mejorar la eficiencia, la transparencia y el cumplimiento dentro de la organización.

I. Objetivos

1.1. Objetivo General:

Evaluar y verificar el grado de cumplimiento de las políticas, procedimientos, estrategias, normas internas y externas en la gestión realizada por la Oficina de Planeación Institucional con el fin de medir la eficacia, la eficiencia, y garantizar el cumplimiento y aplicación de la normatividad vigente, de acuerdo al rol de evaluación y seguimiento y el rol de enfoque hacia la prevención; teniendo en cuenta que se orienta hacia una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Institución con el fin de cumplir sus objetivos organizacionales

1.2. Objetivos Específicos:

- Verificar el cumplimiento a las políticas de riesgos y sus controles.
- Lograr resultados de auditoría oportunos con el fin de informar y tomar las acciones correctivas y preventivas a que haya lugar.

II Alcance

- Verificación y evaluación del proceso en el último semestre 2023 y primer semestre 2024.
- Evaluar la gestión de riesgo de gestión, corrupción, fraude, tecnológico entre otros.
- Evaluar la efectividad de los controles a través del análisis de su diseño, ejecución y no materialización de los riesgos.

III Marco Legal

- Ley 87 de 1993 *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”*
- Ley 1712 de 2014 - Ley de la Transparencia
- La Constitución Política de Colombia (1991)
- Ley 1474 de 2011 - Ley Anticorrupción

- Norma ISO 27001- Seguridad de la información
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015

IV Criterios

Para el alcance y despliegue de esta auditoría, se tomó como referente el marco legal vigente, así como lo reglamentado por la Institución y que es aplicable al proceso. El desarrollo de esta se da a través de la confrontación legal con los soportes documentales y digitales facilitados por la Oficina de Planeación Institucional y, la utilización de las siguientes herramientas:

- Prueba de recorrido / Entrevistas
- Inspección y análisis de los documentos requeridos.

Lo anterior, permitió evaluar el proceso y poder entender con mayor exactitud el desarrollo de las actividades a cargo de la oficina auditada.

V. Metodología

Aplicación del procedimiento de auditoría interna y utilización de la Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas versión 4 y 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Solicitud de Información
- Concluir y documentar resultados.

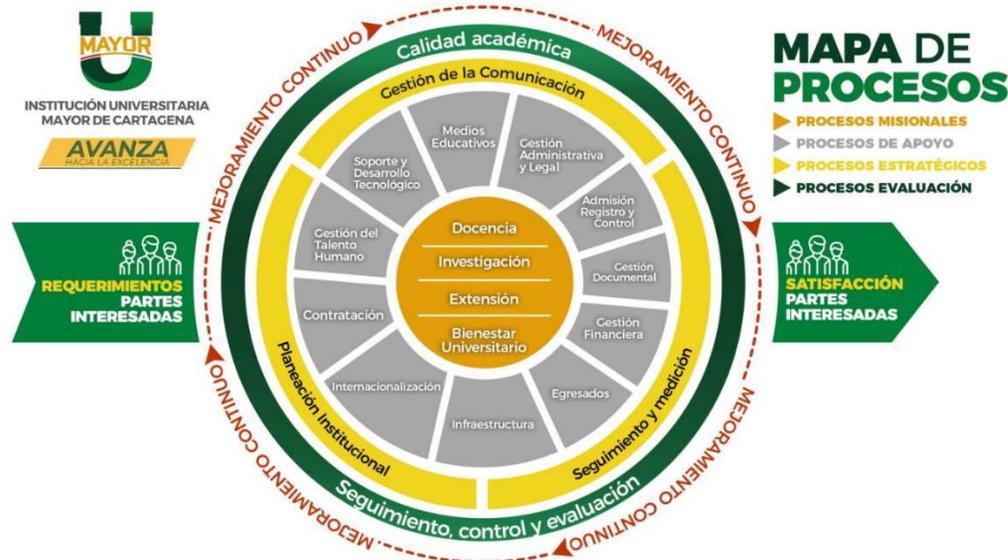
VI. Aspectos reflejados en el desarrollo del proceso y resultados de la auditoría

El Proceso de Planeación en las entidades públicas juegan un rol crucial en el desarrollo y ejecución de políticas públicas, en la asignación eficiente de recursos y en la consecución de los objetivos institucionales. Su importancia radica en diversos aspectos claves que aseguran el buen funcionamiento de administración y contribuyen al cumplimiento de sus misiones y objetivos.

Información de contexto

El proceso de Planeación Institucional se encuentra incluido dentro de los procesos estratégicos, de acuerdo con el mapa de procesos de la Institución universitaria Mayor de Cartagena (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Mapa de procesos institucional, Institución universitaria Mayor de Cartagena



Fuente:

Tomado del SIG

De acuerdo con la caracterización del proceso, incluida dentro del Sistema Integrado de Gestión, el objetivo de este es: “Asegurar la implementación de la planificación estratégica institucional, el cumplimiento de las políticas públicas de gobernanza y la gestión de la información estadística para apoyar la toma de decisiones.”

Fortalezas del proceso

Se resalta la disposición del jefe del área y su equipo de colaboradores para recibir el proceso de auditoría como oportunidad para la mejora continua

Tabla 1. Grupos internos de trabajo:

GRUPOS INTERNOS DE TRABAJO	PROCEDIMIENTOS
Grupo de Planeación	PR-PI-001 Elaboración plan de desarrollo institucional PR-PI-002 Elaboración plan de acción PR-PI-003 Seguimiento al plan de acción PR-PI-008 Elaboración de estadísticas institucionales PR-PI- 010 Trámites PR-PI - 011 Fortalecimiento del modelo integrado de planeación PR-PI-012 Elaboración y seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano PR-PI-013 Transparencia y acceso a la información

Fuente: elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

Se puede observar en la tabla 1 que solo presenta un solo grupo de trabajo

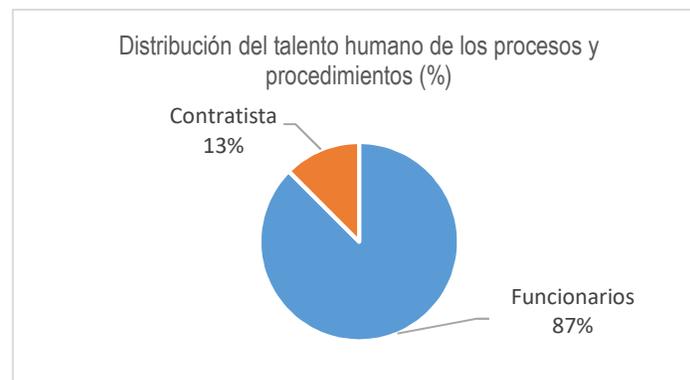
para todo el proceso de planeación Institucional.

Tabla 2. Distribución del talento humano de los procesos y procedimientos.

PLANEACION INSTITUCIONAL							
Proceso	Procedimiento	Grupo interno de trabajo	Tipo de vinculación				Total, por grupo
			Cantidad	Tipo de vinculación	Cantida	Tipo de vinculación	
Planeación institucional	Elaboración plan de desarrollo institucional		1	libre nombramiento y remoción			1
	Elaboración plan de acción		1	Docente ocasional tiempo completo			1
	Seguimiento al plan de acción						
	Transparencia y acceso a la información						
	Elaboración de estadísticas institucionales		1	Docente ocasional tiempo completo			1
			1	Docente ocasional tiempo completo			1
	Tramites		1	Docente ocasional tiempo completo			1
	Elaboración y seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano						
	Fortalecimiento del modelo integrado de planeación		1	Docente ocasional tiempo completo	1	Contratista	2
	Control documentad de información						
	Acciones de mejora						
	Auditorias integrales						
	Producto y/o servicio no conforme						
	Revisión por la dirección						
	Satisfacción al cliente						
	Administración del riesgo						
	Identificación de requisitos legales						
	Gestión del cambio						
Gestión Ambiental Ins		1	Docente ocasional tiempo completo			1	
TOTAL, COLABORADORES PLANEACION INSTITUCIONAL			7	Funcionarios	1	Contratista	8

Fuente: elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

Al observar la tabla 2 y de acuerdo con lo informado por el proceso de planeación institucional, se determinó que el talento humano que ejecuta las actividades de los procedimientos se encuentra conformado por (8) colaboradores de los cuales el 13% (1) es contratistas y el 87% (7) son funcionarios.



Fuente: elaborado por el auditor

Tabla 3. Cumplimiento Formación y Experiencia del Manual de Funciones y Competencias.

Cargo	Formación y Competencias	Cumplimiento
Libre nombramiento y remoción	FORMACIÓN ACADÉMICA: Magister en Gestión de la Innovación Especialista en Gestión Empresarial, Economista	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Maestrante en Dirección de Procesos Estratégicos, Especialista en Gestión Integral HSEQ, Ingeniería Industrial	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Maestrante en Recursos Digitales Aplicados a la Educación Especialista en Didáctica y Tics Especialista en Gestión Pública Arquitecta.	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Maestrante en Dirección de Procesos Estratégicos Especialista en Estadística Aplicada Ingeniería Industrial	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Maestrante en Dirección de Procesos Estratégicos Especialista en Gerencia Empresarial Administradora de Empresa.	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Magister en Gestión de las Organizaciones Especialista en Gestión Gerencial, Economista.	SI
Docente Ocasional con funciones asignadas	FORMACIÓN ACADÉMICA: Especialista en Gestión Ambiental, Ingeniero Ambiental.	SI
Contratista	FORMACIÓN ACADÉMICA: Especialista en SST. Ingeniera Industrial EXPERIENCIA:	SI

Fuente: elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

Se puede observar en la tabla 3 que los colaboradores del proceso tienen la formación y competencias acordes con lo que necesita para desarrollar de forma eficiente y competente todas las actividades que componen el mismo.

Se debe aclarar que, al momento de la elaboración de la tabla, existía un director encargado, quien a la fecha se encuentra vinculado a través de un contrato de Libre Nombramiento y Remoción, el cual se encuentra relacionado en la tabla 3. Así mismo, se indica que el cargo de director fue ocupado de una persona del equipo descrito en el mismo documento y que a la fecha no se ha reportado la inclusión de un nuevo integrante.

Procedimiento de elaboración del plan de desarrollo institucional. (PR-PI-001)

En entrevista presencial con el funcionario adscrito a la oficina de Planeación se extrae de forma específica del quehacer diario y flujo documental con el fin de desglosar los tiempos de espera en cada paso del proceso hasta la realización efectivo del Plan de Desarrollo Institucional.

Tabla 4. Actividades para el procedimiento de elaboración del plan de desarrollo institucional

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
Revisar Planeación Estratégica	Director de Planeación y Calidad institucional /Profesionales de apoyo en Planeación Institucional	Análisis del contexto (DOFA)
Construir Plan De Desarrollo	Consejo Directivo/ Rectoría/Vicerrectora/Decanos de Facultad/ Partes Interesadas	Proyecto del Plan de Desarrollo institucional

Consolidar Plan De Desarrollo Institucional	Equipo de Planeación Rectoría	Proyecto del Plan de Desarrollo institucional
Presentar Para Aprobación	Rectoría	Acta
Socializar Plan De Desarrollo Institucional	Profesionales de apoyo en Planeación Institucional	Página Web o Correo electrónico
Implementar Plan De Desarrollo Institucional	Líderes de Macro procesos y proceso	Evidencias del plan de acción Proyectos
Evaluar Plan De Desarrollo Institucional	Profesional de apoyo en Planeación Institucional	Matriz de seguimiento y evaluación al plan de desarrollo
Modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional	Rectoría/ Vicerrectoría/ Decanos de Facultad/Equipo de Planeación Institucional Líderes de Procesos Partes Interesadas	Plan de Desarrollo Institucional Ajustado (Si aplica) Acta

Fuente: Elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

Tabla 5: procedimiento de elaboración del plan de desarrollo institucional.

TIEMPO Y PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.								
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Paso 6	Paso 7	Paso 8	Paso 9
15 días	30 días	5 días	5 días	1 días	3 días	4 años	70 días al año	3 días
Establecer diagnóstico Institucional: Recolección de Datos y Análisis Situacional	Construir Plan De Desarrollo	Planificación de Estrategias y Acciones Específicas	Consolidar Plan de Desarrollo Institucional	Presentar para aprobación	Socializar Plan de Desarrollo Institucional	Implementar Plan de Desarrollo Institucional	Seguimiento y Evaluación del Progreso	Modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional

Fuente: Elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

Se puede concluir que el procedimiento tiene un tiempo de trámite al interior del área desde el paso 1 al 6 con una duración total de 59 días.

Tabla 6. Flujograma y observaciones procedimiento de elaboración del plan de desarrollo institucional.

Diagrama de flujo del proceso			Resumen	
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA			Evento	Presente
Procedimiento de elaboración del plan de desarrollo institucional.				
Comentarios:			Tiempo (días)	
Actividades	Responsable	Símbolo	Tiempo (En días)	Recomendaciones
Revisar Planeación Estratégica	Director de Planeación /Profesionales de apoyo en Planeación Institucional		15	Como actividad inicial el Rector, debe impartir orientaciones al Director de Planeación.
Construir Plan De Desarrollo	Director de Planeación y equipo.		30	Realizar mesas de trabajo, además de los responsable con los directores de programas y directores de procesos misionales concretando su problemática y propuestas que contribuyan en la priorización de las necesidades (nota: observación para fortalecer el DOFA)

Consolidar Plan De Desarrollo Institucional	Equipo de Planeación Rectoría		5	Sin recomendaciones
Presentar Para Aprobación	Rectoría		5	Sin recomendaciones
Socializar Plan De Desarrollo Institucional	Profesionales de apoyo en Planeación Institucional		3	Sin recomendaciones
Implementar Plan De Desarrollo Institucional	Líderes de Macro procesos y proceso		360	Sin recomendaciones
Evaluar Plan De Desarrollo Institucional	Profesional de apoyo en Planeación Institucional		360	Sin recomendaciones

Fuente: Elaborado por el auditor con información suministrada por el proceso auditado.

En la tabla 6 se anotan dos recomendaciones para la elaboración del plan de desarrollo institucional.

Planeación y mejora continúa

Gestión del Riesgo:

Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Tabla 8. Relación de Riesgos proceso seguimiento y medición.

No	RIESGO
1	Uso de documentos obsoletos por parte del personal
2	Desactualización del SIG
3	Incumplimiento del programa de auditorías internas remotas por emergencia sanitaria COVID-19

Tabla 9. Análisis del riesgo inherente proceso planeación institucional

PROCESO	Escoger si es Riesgo u Oportunidad.	RIESGO (Descripción) Puede ocurrir ...	ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE			
			CALIFICACIÓN DEL RIESGO		EVALUACIÓN DEL RIESGO	
			PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO	OPCIONES DE MANEJO DEL RIESGO
Planeación institucional	Riesgo	R1. Inadecuada formulación del Direccionamiento estratégico de la Institución	IMPROBABLE (2)	CATASTROFICO (5)	EXTREMA	** Reducir el riesgo * Evitar el riesgo * Compartir o transferir el riesgo*
	Riesgo	R2. Suministrar información errónea e incompleta a entidades que interactúan con la institución	IMPROBABLE (2)	MODERADO (3)	MODERADA	* Asumir el riesgo * Reducir el riesgo*
	Riesgo	R3. Incumplimiento de la planificación estratégica	IMPROBABLE (2)	MODERADO (3)	MODERADA	* Asumir el riesgo * Reducir el riesgo*

Fuente: suministrado por el proceso auditado

Al analizar la tabla 9. se puede observar que la calificación del riesgo desarrollado por el proceso de planeación institucional difiere de los criterios para definir el nivel de probabilidad que se tiene en la tabla 10. la cual fue extraída de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. El criterio de probabilidad en la matriz del proceso planeación institucional, en el Riesgo 1, se califica IMPROBABLE (2), y si nos remitimos a la guía es correcto colocar, **Baja**, con calificación del 40%.

Con respecto a la calificación del Riesgo 2 se califica como califica IMPROBABLE (2), y si nos remitimos a la guía es correcto colocar, **Baja**, con calificación del 40%., en el Riesgo 3, se califica IMPROBABLE (2), y si nos remitimos a la guía es correcto colocar, **Baja**, con calificación del 40%.

Tabla 10. Criterios para definir el nivel la probabilidad.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Tabla 11. Criterios para definir el nivel de impacto

	Afectación Económica	Reputacional

Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV.	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Se observa en la tabla 9 que los riesgos no se rigen por los criterios de afectación económica y reputacional que propone la guía. Es importante tener en cuenta que el caso que se afecten los dos criterios, se tomará el criterio más alto. Así como se puede observar en la tabla 11 extraída de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

Tabla 12. Análisis del riesgo inherente proceso seguimiento y medición

PROCESO	Escoger si es Riesgo u Oportunidad.	RIESGO (Descripción) Puede ocurrir ...	ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE			
			CALIFICACIÓN DEL RIESGO		EVALUACIÓN DEL RIESGO	
			PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO	OPCIONES DE MANEJO DEL RIESGO
Planeación institucional	Riesgo	R1. Uso de documentos obsoletos por parte del personal	POSIBLE (3)	MENOSR (2)	MODERADA	*** Reducir el riesgo * Evitar el riesgo * Compartir o transferir el riesgo*
	Riesgo	R2. Desactualización del SIG	IMPROBABLE (2)	INSIGNIFICANTE (1)	BAJA	* Asumir el riesgo * Reducir el riesgo*
	Riesgo	R3. Incumplimiento del programa de auditorías internas remotas por emergencia sanitaria COVID-19	IMPROBABLE (2)	MENOR (2)	BAJA	* Asumir el riesgo * Reducir el riesgo*

Al analizar la tabla 12. se puede observar que la calificación del riesgo desarrollado por el proceso de seguimiento y medición difiere de los criterios para definir el nivel de probabilidad que se tiene en la tabla 10. la cual fue extraída de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. El criterio de probabilidad en la matriz del proceso, en el Riesgo 1, se califica POSIBLE (3), y si nos remitimos a la guía es correcto colocar, **Media**, con calificación del 60%. Con respecto a la calificación de los Riesgos 2 y 3 R2 se

califican IMPROBABLE (2), y si nos remitimos a la guía es correcto colocar, **Baja**, con calificación del 40%.

Se observa en la tabla 12 que los riesgos no se rigen por los criterios de afectación económica y reputacional que propone la guía.

Tabla 13. Evaluación de controles mapa de riesgos institucional proceso planeación institucional.

NATURALEZA DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL/ACTIVIDAD	¿EXISTE UN RESPONSABLE ASIGNADO A LA EJECUCIÓN DEL CONTROL?	¿EL RESPONSABLE TIENE LA AUTORIDAD Y ADECUADA SEGREGACIÓN DE FUNCIONES EN LA EJECUCIÓN DEL CONTROL?	¿LA OPORTUNIDAD EN QUE SE EJECUTA EL CONTROL AYUDA A PREVENIR LA MITIGACIÓN DEL RIESGO DE MANERA OPORTUNA?	¿LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CONTROL REALMENTE BUSCAN POR SI SOLA PREVENIR O DETECTAR LAS CAUSAS QUE PUEDEN DAR ORIGEN AL RIESGO EJ.: VERIFICAR, COTEJAR, COMPARA, REVISAR, ETC. ?	¿LA FUENTE DE INFORMACIÓN QUE SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DEL CONTROL ES INFORMACIÓN CONFIABLE QUE PERMITA MITIGAR EL RIESGO?	¿LAS OBSERVACIONES, DESVIACIONES O DIFERENCIAS IDENTIFICADAS COMO RESULTADOS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL SON INVESTIGADAS Y RESUELTAS DE MANERA OPORTUNA?	¿SE DEJA EVIDENCIA O RASTRO O EN LA EJECUCIÓN DEL CONTROL QUE PERMITA A CUALQUIER TRCERO CON LA EVIDENCIA LLEGAR A LA MISMA CONCLUSIÓN?	RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
PREVENTIVO	Gestión: Seguimiento a cronogramas y políticas claras aplicadas	Asignado	Adecuado	Oportuna	Detectar	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Incompleta	100
PREVENTIVO									100
PREVENTIVO	Involucrar a todas las partes interesadas	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Implementación de mecanismos que permitan centralizar la información	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Cumplimiento normativo: Asegurar que el plan estratégico cumpla con todas las leyes, regulaciones y políticas gubernamentales pertinentes.	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Generar informes anuales de seguimiento y evaluación de la	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Implementación del Centro Estadístico Umayor (CEU)	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Diseño e implementación de protocolos estadísticos y registros administrativos	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100
PREVENTIVO	Implementar políticas que promuevan la transparencia y el acceso equitativo a la información relevante para todas las áreas de la institución.	Asignado	Adecuado	Oportuna	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven Oportunamente	Completa	100

Fuente: Matriz de Proceso Institucional

En la tabla 13 se puede observar que los criterios utilizados para la evaluación de controles del mapa de riesgos institucional del proceso planeación institucional, no son los propuestos por la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

Tabla 14. Evaluación de controles mapa de riesgos institucional proceso seguimiento y medición.

		¿EXISTE UN RESPONSABLE	¿EL RESPONSABLE	¿LA OPORTUNIDAD	¿LAS ACTIVIDADES QUE SE	¿LA FUENTE DE INFORMACIÓN	¿LAS OBSERVACIONES,	¿SE DEJA EVIDENCIA O	RESULTADO DE
--	--	------------------------	-----------------	-----------------	-------------------------	---------------------------	---------------------	----------------------	--------------

No. DEL RIESGO	RIESGO	PROCESO	PROBABILIDAD	IMPACTO	Zona de riesgo inherente
R1	Inadecuada formulación del Direccionamiento estratégico de la Institución	PLANEACION INSTITUCIONAL	Baja	Catastrófico	Extremo
R2	Suministrar información errónea e incompleta a entidades que interactúan con la institución	PLANEACION INSTITUCIONAL	Baja	Moderado	Moderado
R3	Incumplimiento de la planificación estratégica	PLANEACION INSTITUCIONAL	Baja	Moderado	Moderado
R4	Uso de documentos obsoletos por parte del personal	SIG	Media	Menor	Moderado
R5	Desactualización del SIG	SIG	Baja	Leve	Bajo
R6	Incumplimiento del programa de auditorías internas remotas por emergencia sanitaria COVID-19	SIG	Baja	Leve	Bajo

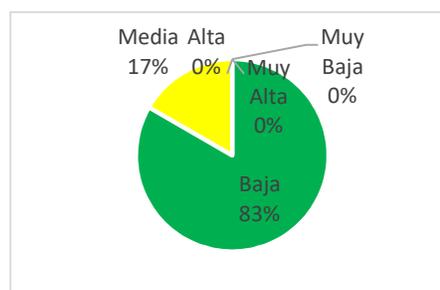
Fuente: Elaborado por el auditor.

A continuación, se halla la zona de riesgo inherente con los datos iniciales que suministran el proceso auditado utilizando los criterios que la guía expone. Al elaborar la clasificación del riesgo inherente de los procesos de planeación institucional y del SIG tabla 16, se puede observar que los criterios utilizados para denominar la zona de riesgo inherente difieren de la clasificación dada como se muestra en la tabla 9 y 12.

Por lo anterior, se hace un análisis estadístico de cómo están distribuidos los 6 riesgos que presentan los procesos de planeación institucional y el SIG, según su probabilidad inherente, impacto inherente y la zona de riesgo inherente.

Tabla 17. Número de riesgos según probabilidad inherente

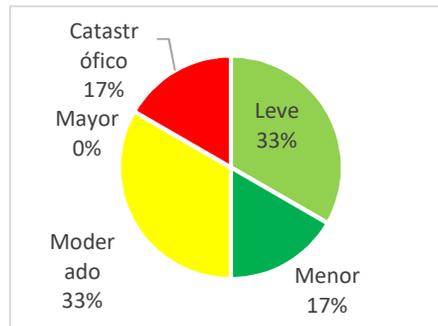
CRITERIOS	No DE RIESGOS
Muy Baja	0
Baja	5
Media	1
Alta	0
Muy Alta	0
TOTALES	6



Se observa que el 83% de los riesgos del proceso auditado presentan un criterio "Baja", según la probabilidad inherente. Esto quiere decir que este porcentaje pasan por el punto de riesgo en el periodo de 3 a 24 veces por año.

Tabla 18. Numero de riesgos según Impacto

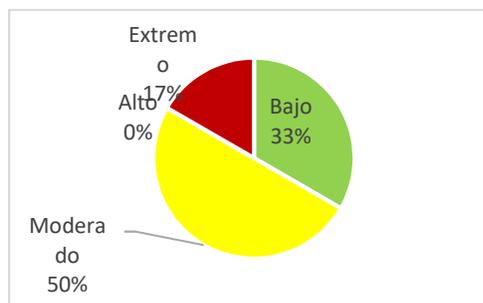
CRITERIOS	No DE RIESGOS
Leve	2
Menor	1
Moderado	2
Mayor	0
Catastrófico	1
TOTALES	6



Con relación al proceso auditado se observa que el 33% de los riesgos presentan un criterio “Moderado”, el 17 % un criterio “Catastrófico” del proceso auditado, según el impacto inherente.

Tabla 19. Numero de riesgos según Zona de riesgo inherente

CRITERIOS	No DE RIESGOS
Bajo	2
Moderado	3
Alto	0
Extremo	1
TOTALES	6



Así mismo, se identifica que el 50% de los riesgos presentan un criterio “Moderado”, el 17 % un criterio “Extremo” del proceso auditado, según la zona de riesgo inherente.

Con respecto a la Matriz de Calor (niveles de severidad del riesgo), si revisamos el Riesgo 1, trazamos la línea cartesiana de probabilidad **Baja 20%**; con relación al impacto **Catastrófico 100%**, se tiene que el riesgo inherente es **Extremo**.

Después de analizar lo anterior, se tiene que los criterios establecidos para calificar el análisis del riesgo inherente del mapa de riesgos institucional del proceso de planeación institucional no corresponden con la guía ya citada.

Tabla 20. Ubicación de riesgos según mapa de calor riesgo inherente proceso de P.I. Y SIG

MAPA DE CALOR RIESGO INHERENTE PROCESO DE P.I. Y SIG	
	Impacto

		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Probabilidad	5 Muy Alta					
	4 Alta					
	3 Media		R4			
	2 Baja	R5 R6		R2 R3		R1
	1 Muy Baja					

Fuente: elaborado por el auditor.

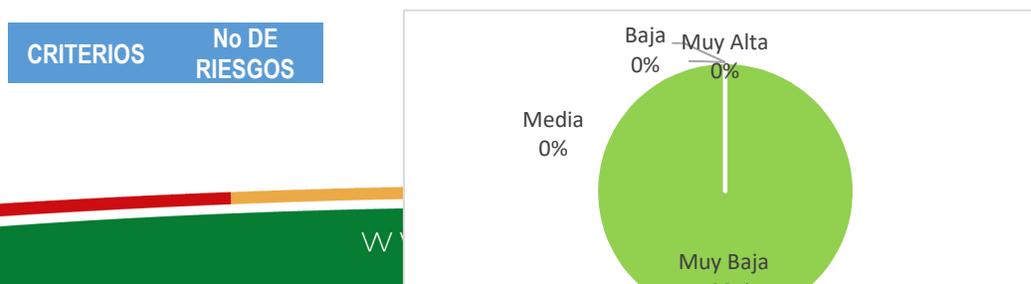
Se puede observar que en el mapa de calor del riesgo inherente del proceso de P.I. y SIG, la mayoría de los riesgos determinados por los mismos, se encuentran en una zona muy baja y moderada, y solo uno está en la zona extremo.

Tabla 21. Calificación riesgo residual

No. Riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Severidad (Nivel de Riesgo)
R1	Inadecuada formulación del Direccionamiento estratégico de la Institución.	Muy Baja	Mayor	Alto
R2	Suministrar información errónea e incompleta a entidades que interactúan con la institución	Muy Baja	Moderado	Moderado
R3	Incumplimiento de la planificación estratégica	Muy Baja	Moderado	Moderado
R4	Uso de documentos obsoletos por parte del personal	Muy Baja	Leve	Bajo
R5	Desactualización del SIG	Muy Baja	Leve	Bajo
R6	Incumplimiento del programa de auditorías internas remotas por emergencia sanitaria COVID-19	Muy Baja	Leve	Bajo

Fuente: elaborado por el auditor.

Tabla 22. Clasificación de riesgos según probabilidad residual

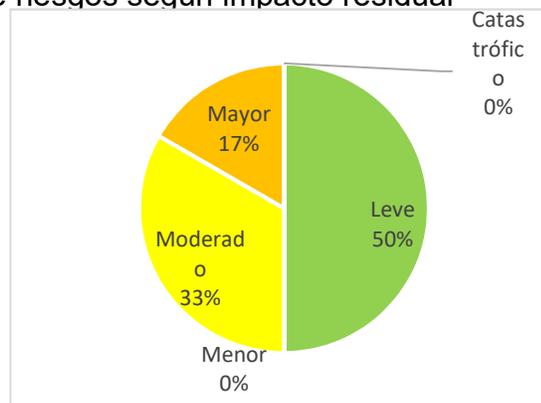


Muy Baja	6
Baja	0
Media	0
Alta	0
Muy Alta	0
TOTALES	6

Se observa que después de aplicar los controles (Medida que permite reducir o mitigar un riesgo) el 100% de los riesgos presentan un criterio “Muy Baja” del proceso auditado, según la probabilidad residual.

Tabla 23. Clasificación de riesgos según impacto residual

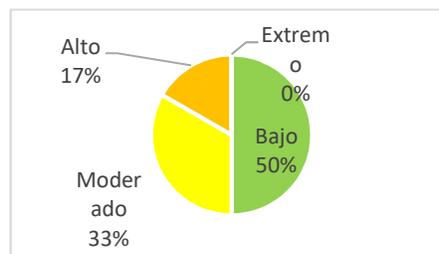
CRITERIOS	No DE RIESGOS
Leve	3
Menor	0
Moderado	2
Mayor	1
Catastrófico	0
TOTALES	6



Se observa que el 50% de los riesgos presentan un criterio “Leve” del proceso auditado, según el impacto residual.

Tabla 24. Clasificación zona de riesgos residual.

CRITERIOS	No DE RIESGOS
Bajo	3
Moderado	2
Alto	1
Extremo	0
TOTALES	6



Se evidencia que el 50% de los riesgos presentan un criterio “Bajo” del proceso auditado, según la zona de riesgos residual.

Tabla 25. Calificación riesgo residual

MAPA DE CALOR RIESGO RESIDUAL						
		Impacto				
		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Probabilidad	Muy Alta					
	Alta					
	Media					
	Baja					
	Muy Baja	R4 R5 R6		R2 R3	R1	

Fuente: elaborado por el auditor.

Del análisis y utilizando los datos iniciales suministrado por el proceso auditado, así como los criterios que muestra la Guía de Administración del Riesgo, se infiere que, al ejecutar los controles, estos se ubican en el mapa de calor residual (principalmente) en la zona muy baja, lo cual permite concluir que, si bien estos no estas estructurados de acuerdo a los criterios, en el ejercicio diario, logran ser efectivos.

Tabla 26. Consolidado calificación riesgo inherente en la institución

CONSOLIDADO CALIFICACIÓN RIESGO INHERENTE INSTITUCION						
No. R	RIESGO	PROCESO	Probabilidad	Impacto	Zona de	
R1	Programas diseñados que no sean aprobados por el	DOCENCIA	Media	Menor	Moderad	
R2	Desarrollo de las temáticas de las asignaturas sin coherencia	DOCENCIA	Baja	Leve	Baio	
R3	Incremento en el índice de estudiantes con bajo promedio	DOCENCIA	Media	Moderado	Moderad	
R4	Alto índice de asignaturas reprobadas	DOCENCIA	Media	Moderado	Moderad	
R5	Desarrollo de proyectos de investigación con poco impacto	INVESTIGACIÓN	Media	Menor	Moderad	
R6	Incumplimiento de los planes de trabajo de los Docentes	INVESTIGACIÓN	Media	Menor	Moderad	
R7	Desconocimiento del programa y objetivo estratégico de la	INVESTIGACIÓN	Media	Menor	Moderad	
R8	Demora en la renovación de los contratos o convenios con	EXTENSIÓN	Alta	Moderado	Alto	
R9	Ofertar servicios académicos no acordes a las necesidades	EXTENSIÓN	Media	Moderado	Moderad	
R10	Falta de centros para el desarrollo de las practicas	EXTENSIÓN	Muy Baja	Catastrofic	Extremo	
R11	Aumento de la deserción estudiantil	BIENESTAR UNIVERSITARIO	Media	Moderado	Moderad	
R12	Participación escasa de la comunidad en las actividades de	BIENESTAR UNIVERSITARIO	Media	Leve	Moderad	
R13	Incumplimiento de las actividades planeadas	BIENESTAR UNIVERSITARIO	Muy Baja	Moderado	Moderad	
R14	Incumplimiento de los aspectos legales de acuerdo a la	GESTION ADMINISTRATIVA Y	Muy Baja	Moderado	Moderad	
R15	Bajo porcentaje en el alcance de los objetivos institucionales	GESTION ADMINISTRATIVA Y	Media	Moderado	Moderad	
R16	Perdida de la información	GESTION ADMINISTRATIVA Y	Muy Baja	Menor	Baio	
R17	Incumplimiento al planteamiento estratégico institucional	INTERNACIONALIZACION	Muy Baja	Menor	Baio	
R18	Incumplimiento de los objetivos e indicadores de movilidad	INTERNACIONALIZACION	Media	Menor	Moderad	
R19	Los convenios de cooperación internacional no sean	INTERNACIONALIZACION	Muy Baja	Menor	Baio	
R20	Deficiencias en el suministro de los medios educativos	MEDIOS EDUCATIVOS	Muy Alta	Menor	Alto	
R21	Reducido uso de los medios educativos como apoyo a los	MEDIOS EDUCATIVOS	Muy Alta	Menor	Alto	
R22	Perdida de medios educativos	MEDIOS EDUCATIVOS	Muy Alta	Menor	Alto	
R23	Deterioro de los documentos en custodia del archivo central	GESTION DOCUMENTAL	Media	Moderado	Moderad	
R24	Incumplimiento a la normatividad archivística	GESTION DOCUMENTAL	Media	Moderado	Moderad	
R25	Contar con documentos en el archivo central que no	GESTION DOCUMENTAL	Media	Menor	Moderad	
R26	Desactualización de base de datos de egresados	EGRESADOS	Baja	Moderado	Moderad	
R27	Baja empleabilidad de los egresados	EGRESADOS	Baja	Moderado	Moderad	
R28	Realización de pagos sin los descuentos de ley.	GESTION FINANCIERA	Muy Baja	Menor	Baio	

R29	Presentación inoportuna de los informes financieros	GESTION FINANCIERA	Muy Baja	Menor	Baio
R30	Ausencia de control a los gastos del presupuesto	GESTION FINANCIERA	Muy Baja	Leve	Baio
R31	Insuficiente liquidez flujo de caja	GESTION FINANCIERA	Muy Baja	Moderado	Moderad
R32	Pago de aportes sociales en tiempo inoportuno.	GESTION FINANCIERA	Muy Baja	Menor	Baio
R33	Demora en la generación de los documentos académicos.	ADMISION, REGISTRO Y	Alta	Menor	Moderad
R34	Admisión de estudiantes con errores en los datos de	ADMISION, REGISTRO Y	Media	Leve	Moderad
R35	Alto porcentaje de aspirantes admitidos que no realizan el	ADMISION, REGISTRO Y	Media	Moderado	Moderad
R36	Demora en el desarrollo del procedimiento de graduación.	ADMISION, REGISTRO Y	Alta	Moderado	Alto
R37	Selección de	CONTRATACION Y	Media	Moderado	Moderad
R38	Publicación fuera del termino legal establecido de los	CONTRATACION Y	Media	Moderado	Moderad
R39	Incumplimiento en las entregas de bienes y servicios por	CONTRATACION Y	Media	Moderado	Moderad
R40	Suministro extemporáneo de bienes y servicios a las	CONTRATACION Y	Media	Moderado	Moderad
R41	Selección inadecuada del personal	GESTION DEL TALENTO	Media	Menor	Moderad
R42	Incumplimiento en el sistema de gestión de seguridad y salud	GESTION DEL TALENTO	Alta	Menor	Moderad
R43	Insuficiente participación del personal administrativo y	GESTION DEL TALENTO	Muy Alta	Leve	Alto
R44	Inoportuna liquidación de nóminas	GESTION DEL TALENTO	Muy Alta	Moderado	Alto
R45	Pérdida de la información	SOPORTE Y DESARROLLO	Baia	Mayor	Alto
R46	Daños de equipos informáticos	SOPORTE Y DESARROLLO	Alta	Mayor	Alto
R47	Desvinculación inadecuada	SOPORTE Y DESARROLLO	Alta	Leve	Moderad
R48	Deterioro de la infraestructura física y los equipos	INFRAESTRUCTURA	Alta	Moderado	Alto
R49	Suministro inoportuno de bienes, servicios y mantenimiento a	INFRAESTRUCTURA	Alta	Mayor	Alto
R50	Incumplimiento en el cronograma de mantenimientos	INFRAESTRUCTURA	Muy Baja	Mayor	Alto
R51	Uso de documentos obsoletos por parte del personal	SEGUIMIENTO Y MEDICION	Media	Menor	Moderad
R52	Desactualización del SIG	SEGUIMIENTO Y MEDICION	Baia	Leve	Baio
R53	Incumplimiento del programa de auditorías internas remotas	SEGUIMIENTO Y MEDICION	Baia	Leve	Baio
R54	Publicar información errónea	GESTION DE LA	Media	Leve	Moderad
R55	Difusión inoportuna de la información	GESTION DE LA	Muy Baja	Leve	Baio
R56	Inadecuada formulación del Direccionamiento estratégico de	PLANEACION	Baia	Catastrofic	Extremo
R57	Suministrar información errónea e incompleta a entidades que	PLANEACION	Baia	Moderado	Moderad
R58	Incumplimiento de la planificación estratégica	PLANEACION	Baia	Moderado	Moderad
R59	Incumplimiento de las autoevaluaciones de los programas	CALIDAD ACADEMICA	Media	Catastrofic	Extremo
R60	Incumplimiento de las autoevaluaciones de los programas	CALIDAD ACADEMICA	Media	Catastrofic	Extremo
R61	No alcanzar la acreditación y/o renovación de la acreditación	CALIDAD ACADEMICA	Alta	Catastrofic	Extremo
R62	No alcanzar la acreditación y/o renovación de la acreditación	CALIDAD ACADEMICA	Muy Baja	Catastrofic	Extremo
R63	Ocultar información identificada en las auditorías que	SEGUIMIENTO, CONTROL Y	Muy Baja	Leve	Baio
R64	Incumplimiento en la entrega de los Informes de carácter	SEGUIMIENTO, CONTROL Y	Media	Menor	Moderad
R65	Incumplimiento por parte del proceso en el fomento del Control	SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACION	Media	Menor	Moderad o

Fuente: elaborado por el auditor.

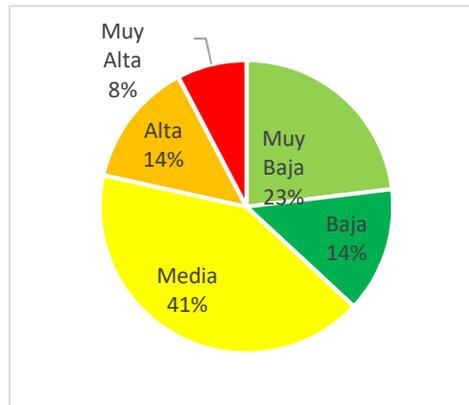
La tabla 26 nos muestra los diferentes riesgos por proceso que se pueden presentar en la institución. Esta tabla se realizó con base a los riesgos por procesos que se encuentra en el SIG en la página web de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena y utilizando los criterios establecidos en la guía.

El mapa de riesgos es importante para observar aquellos riesgos que permanecieron en las zonas más altas y que afectan el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, siendo una herramienta de análisis esencial para que el proceso de planeación pueda intervenir en donde sea más urgente para evitar la materialización de los riesgos.

A continuación, se analizará cada uno de los componentes de forma estadística del mapa de riesgos teniendo en cuenta primero la probabilidad, el impacto y la zona de riesgo inherente y luego se examinará la zona de riesgo inherente teniendo en cuenta la clasificación por procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación. Posteriormente se hará una comparación de los diferentes riesgos identificados entre la matriz consolidada elaborada por el auditor y la matriz consolidada por procesos del SIG, utilizando la más actualizada del año 2023.

Tabla 27. Porcentaje de riesgos según probabilidad inherente

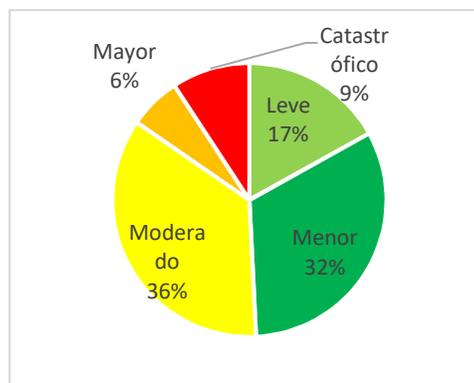
PROBABILIDAD INHERENTE	No DE RIESGOS
Muy Baja	15
Baja	9
Media	27
Alta	9
Muy Alta	5
TOTAL	65



Se observa que el 41% de los riesgos presentan un criterio “Media” lo que quiere decir que en la institución la materialización del riesgo que puede existir de manera intrínseca predomina la probabilidad media lo cual es un indicativo que se deben tomar las medidas necesarias para que no se dé, y solo el 8% presentan el criterio “Muy alta” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según la probabilidad inherente.

Tabla 28. Porcentaje de riesgos según impacto inherente

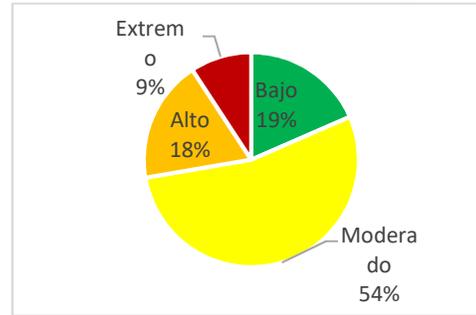
IMPACTO INHERENTE	No DE RIESGOS
Leve	11
Menor	21
Moderado	23
Mayor	4
Catastrófico	6
TOTAL	65



Se observa que el 36% de los riesgos presentan un criterio “Moderado” y solo el 6% presentan el criterio “Mayor” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según el impacto inherente

Tabla 29. Porcentaje de riesgos según zona de riesgo inherente

ZONA DE RIESGO INHERENTE	No DE RIESGOS
Bajo	12
Moderado	35
Alto	12
Extremo	6
TOTAL	65

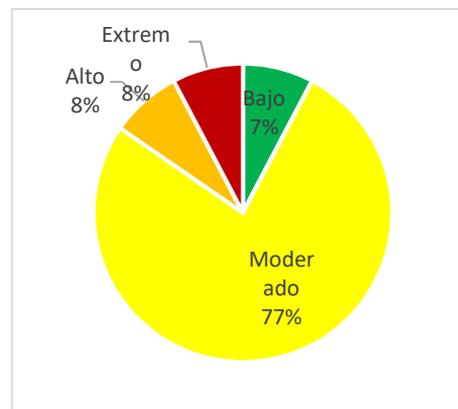


Conforme a la zona de riesgo inherente, se analiza que el 54% de los riesgos presentan un criterio “Moderado” y el 9% presentan el criterio “Extremo” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución.

Se puede decir que el nivel de riesgo propio de cada actividad o proceso de la institución, sin tener en cuenta el efecto mitigante de los controles o sin que la administración realice actividades para modificar el impacto o la probabilidad del riesgo, es predominantemente moderado. Se sugiere al proceso que se revisen este punto para toma de decisiones que permitan para modificar los niveles de probabilidad o impacto hoy existentes.

Tabla 30. Zona de riesgo inherente procesos misionales

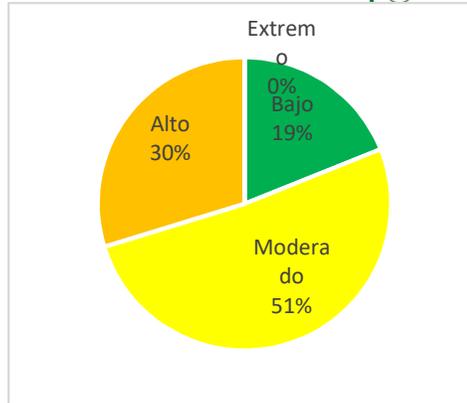
Zona de riesgo inherente	No DE RIESGOS
Bajo	1
Moderado	10
Alto	1
Extremo	1
TOTAL	13



Del total de riesgos de los procesos misionales de la institución que suman trece (13), se observa que el 77% de los riesgos presentan un criterio “Moderado” y el 8% presentan el criterio “Extremo” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según la zona de riesgo inherente.

Tabla 31. Zona de riesgo inherente procesos de apoyo

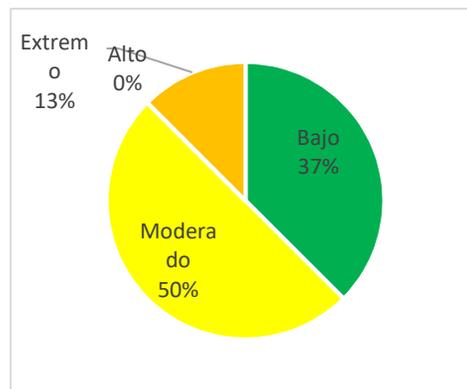
Zona de riesgo inherente	No DE RIESGOS
Bajo	7
Moderado	19
Alto	11
Extremo	0
	37



Del total de riesgos de los procesos de apoyo de la institución que suman treinta y siete (37), se observa que el 51% de los riesgos presentan un criterio “Moderado” y el 19% presentan el criterio “Bajo” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según la zona de riesgo inherente.

Tabla 32. Zona de riesgo inherente procesos estratégicos

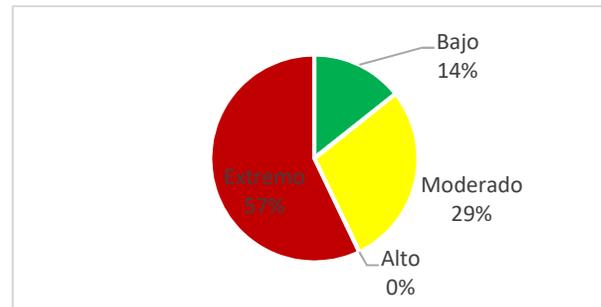
Zona de riesgo inherente	No DE RIESGOS
Bajo	3
Moderado	4
Alto	0
Extremo	1
TOTAL	8



Del total de riesgos de los procesos estratégicos de la institución que suman ocho (8), se observa que el 50% de los riesgos presentan un criterio “Moderado” y el 37% presentan el criterio “Bajo” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según la zona de riesgo inherente.

Tabla 33. Zona de riesgo inherente procesos evaluación.

Zona de riesgo inherente	No DE RIESGOS
Bajo	1
Moderado	2
Alto	0
Extremo	4
TOTAL	7



Del total de riesgos de los procesos evaluación de la institución que suman siete (7), se observa que el 51% de los riesgos presentan un criterio “Extremo” y el 14% presentan el criterio “Bajo” del consolidado de la calificación del riesgo inherente de la institución, según la zona de riesgo inherente.

Evaluar el riesgo inherente

Se evidencia que en la matriz integral de riesgos de la Umayor a corte 31/12/2023, publicada en la página web de la institución, el registro del riesgo inherente para cada uno de los riesgos identificados (el cual corresponde al riesgo puro, sin considerar la valoración de los controles y para el cual se determina la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede causar su materialización), las zonas establecidas para el riesgo corresponden a nivel Bajo. Moderado, Alto, Extremo.

TABLA 34. Niveles del riesgo inherente elaborado por el auditor

RIESGO INHERENTE	CANT	%
Bajo	12	18,46%
Moderado	35	53,85%
Alto	12	18,46%
Extremo	6	9,23%
TOTALES	65	100%

Fuente: elaborado por el auditor

La tabla 34 arroja que treinta y cinco (35) riesgos inherentes, están ubicados en nivel “Moderado”, doce (12) en nivel “Alto”, doce (12) en nivel “Bajo” y seis (3) en

nivel "Extremo". De acuerdo con lo observado se concluye conformidad para la ejecución de esta actividad, toda vez que se evidenció análisis de riesgos en la Matriz integral de riesgos, registrando el riesgo inherente para los riesgos identificados.

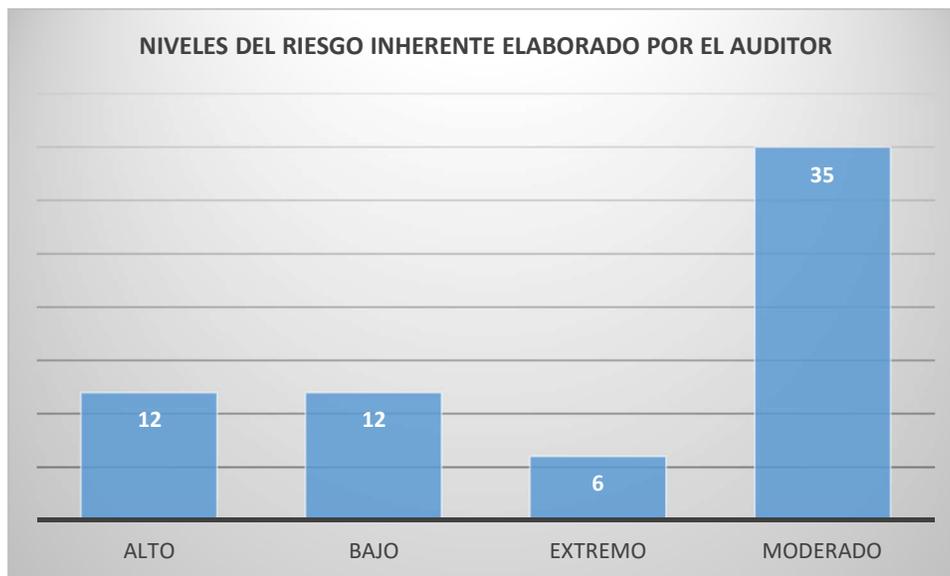
Como resultado de esta actividad se definieron las zonas de calor con los siguientes niveles "Bajo"; "Moderado", "Alto" y "Extremo".

TABLA 34.1. Zona de riesgo inherente matriz SIG publicada página web 2023-sig

CRITERIOS	P. MISIONAL	P. APOYO	P. ESTRATÉGICO	P. EVALUACIÓN	TOTALES
Bajo	3	11	2	1	17
Moderado	7	8	4	2	21
Alto	3	15	0	0	18
Extremo	0	3	2	4	9
	13	37	8	7	65

Fuente: elaborado por el auditor con información de la página web institucional

Se observa en la tabla 34.1 que veintiún (21) riesgos inherentes, están ubicados en nivel "Moderado", dieciocho (18) en nivel "Alto", diecisiete (17) en nivel "Bajo" y nueve (9) en nivel "Extremo". De acuerdo con lo analizado se concluye conformidad para la ejecución de esta actividad, toda vez que se evidenció análisis de riesgos en la Matriz integral de riesgos, registrando el riesgo inherente para los riesgos identificados.



En las siguientes tablas se hará un comparativo con la matriz consolidada elaborada por el auditor ver tabla 34 y la matriz presentada por el SIG en la página web de la institución ver tabla 34.1. para analizar las diferencias.

Tabla 35. Comparativo de Zona de riesgo inherente P. Misional.

Crterios	Zona de riesgo inherente P. Misional (Auditor)	Zona de riesgo inherente P. Misional (SIG)	Diferencia
Bajo	1	3	-2
Moderado	10	7	3
Alto	1	3	-2
Extremo	1	0	1
	13	13	0

Fuente: elaborado por el auditor.

En los procesos misionales, se puede observar que al determinar la zona de riesgo inherente por el auditor y de la presentada por la matriz establecida en el SIG, se dan unas diferencias sustanciales: El criterio moderado está por encima en tres riesgos, y el extremo en uno, lo cual nos lleva a sugerir que los esfuerzos por mitigar el riesgo en estos procesos deben ser superior a lo que se ha venido haciendo. Ver el grafico comparativos niveles del riesgo inherente procesos misionales

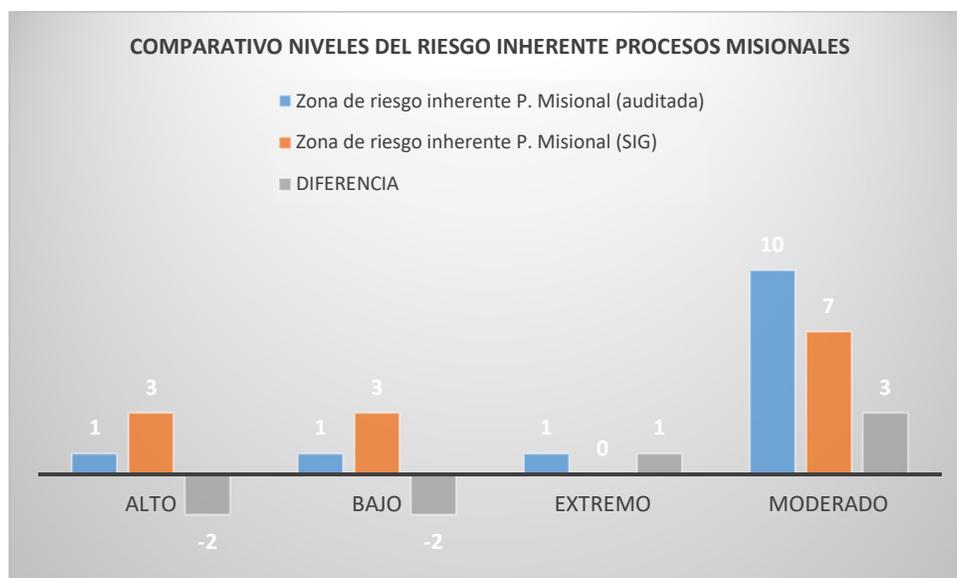


Tabla 36. Comparativo de Zona de riesgo inherente P. de apoyo.

CRITERIOS	Zona de riesgo inherente P. apoyo (auditada)	Zona de riesgo inherente P. apoyo (SIG)	DIFERENCIA
Bajo	7	11	-4
Moderado	19	8	11
Alto	11	15	-4
Extremo	0	3	-3
TOTAL	37	37	0

Fuente: Elaborado por el auditor.

En los procesos de apoyo se puede observar en la tabla 36 que al determinar la zona de riesgo inherente por el auditor se dieron unas diferencias, el criterio moderado está por encima en 11 riesgos, con respecto a la matriz presentada por el SIG. Ver gráfico comparativo niveles del riesgo inherente procesos de apoyo, el criterio extremo no se determinó en la matriz del auditor mientras que en la del SIG, se detectaron 3 riesgos, también se puede ver que los procesos de apoyo presentan el mayor número de riesgos detectados con 37.

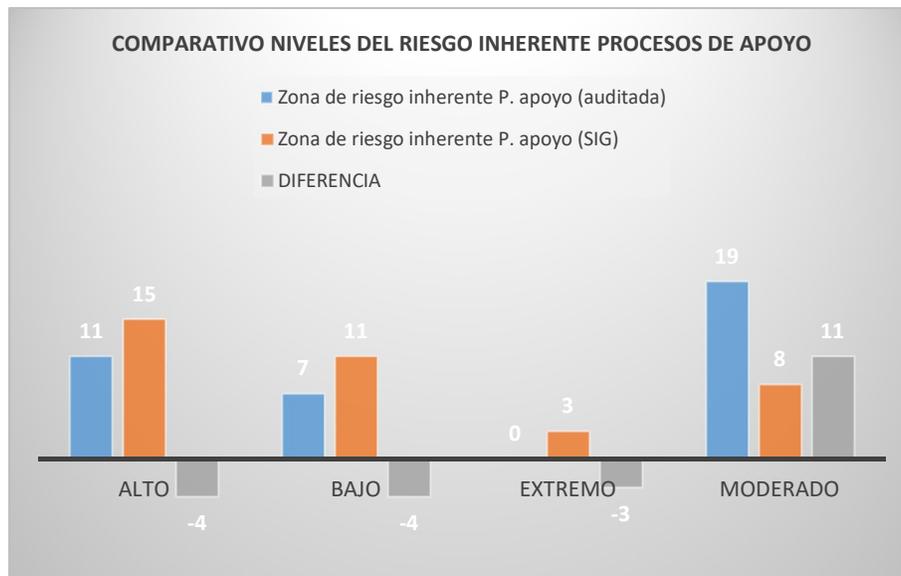


Tabla 37. Comparativo de Zona de riesgo inherente P. Estratégicos.

Crterios	Zona de riesgo inherente P. estratégicos (Auditor)	Zona de riesgo inherente P. estratégicos (SIG)	Diferencia
Bajo	3	2	1
Moderado	4	4	0
Alto	0	0	0
Extremo	1	2	-1
	8	8	0

De los 8 riesgos detectados en los procesos estratégicos no presentan diferencias significativas, se puede tener en cuenta que el auditor solo determino un riesgo extremo y en la matriz del SIG se encuentran dos, ver gráfico comparativos niveles del riesgo inherente procesos estratégicos

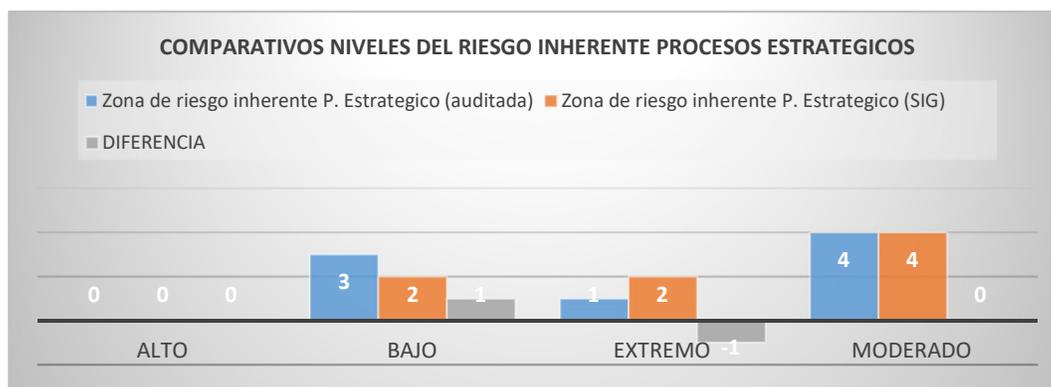
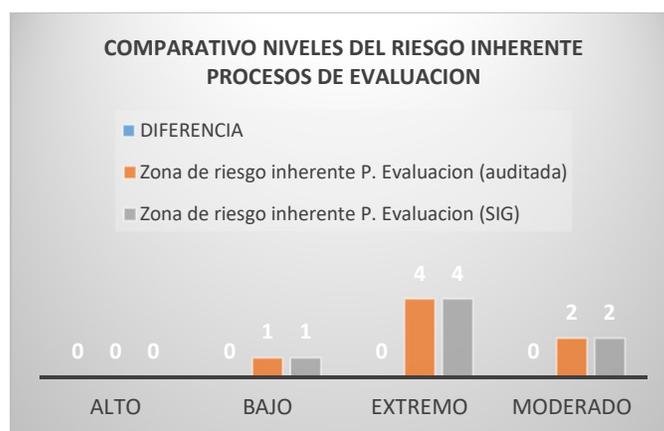


Tabla 38. Comparativo de Zona de riesgo inherente P. de Evaluación.

Criterios	Zona de riesgo inherente P. Evaluación (Auditor)	Zona de riesgo inherente P. Evaluación (SIG)	Diferencia
Bajo	1	1	0
Moderado	2	2	0
Alto	0	0	0
Extremo	4	4	0
TOTALES	7	7	0

Al ver la tabla 38, se observa que no se presentaron diferencias, aunque hay que anotar que los procesos de evaluación presentan el mayor número de riesgos extremos determinados. Ver gráfico comparativo niveles del riesgo inherente procesos de evaluación



ANÁLISIS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

El cuanto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- PAAC Vigencia 2024

Si bien se tiene claro la transición que se realizará a el Programa de Transparencia y Ética Pública –PTET, al revisar el proceso de aplicación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2024, se visualizó que la socialización no se realizó conforme a la Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano V2 y la Guía de Administración del Riesgo V4 y V6:

“Los servidores públicos de la entidad deben conocer su contenido antes de su publicación. Para lograr este propósito la Oficina de Planeación deberá diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que los funcionarios y contratistas 1 Por medio de los artículos 2.2.22.1 y siguientes del Decreto 1083 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Función Pública-, se adopta el Modelo Integrado de Planeación y de Gestión, como instrumento de articulación y de reporte de la planeación de cinco políticas de desarrollo administrativo, (artículo 17 de la Ley 489 de 1998). 11Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Así mismo, dicha Oficina adelantará las acciones para que la ciudadanía y los interesados externos conozcan y manifiesten sus consideraciones y sugerencias sobre el proyecto del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.”

Esto por cuanto no fue socializado con los líderes de procesos, solo se efectuó ante los participantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la convocatoria de fecha 29 de enero de 2024 con Acta 01 de 2024. En relación a la ciudadanía y los interesados externos, no se realizaron las acciones pertinentes para que estos conocieran el documento y manifestaran sus sugerencias o consideraciones sobre el mismo, antes de ser publicado.

El Mapa de Riesgo no está elaborado de acuerdo a las directrices de la Guía de Administración del Riesgo V4 y V6, ya que los criterios abordados corresponden al riesgo de gestión y no de corrupción.

- **En cuanto al análisis del riesgo:**

La probabilidad: Los criterios utilizados para medirla corresponden a riesgos de gestión, utilizando la Tabla 4 Criterios para definir el nivel de probabilidad (Guía V6 pág. 41), calificándola desde muy baja a muy alta y midiendo la frecuencia desde la ejecución de la actividad que conlleva el riesgo. Lo correcto es analizarla desde qué



tan posible es que ocurra el riesgo y se expresa en términos de frecuencia o factibilidad.

Impacto: Al igual que en el anterior, se están aplicando los criterios para riesgos de gestión, midiendo este concepto bajo el impacto económico y reputacional, como las variables principales.

Lo adecuado es analizar y calificar el impacto a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo para lo que se dispone tabla de criterios para calificar el impacto de los riesgos de corrupción:

- **En cuanto a la valoración de los controles:**

Al igual que en el análisis del riesgo, se están implementado los de riesgo de gestión. Si bien algunos criterios son muy similares, sus criterios de identificación y medición son diferentes; los de corrupción entre otros establecen responsables (no necesariamente es el líder), periodicidad (no frecuencia), propósito y definición de cuál exactamente será la evidencia del control.

Para poder realizar la valoración del control es importante primero conocer cómo se diseña adecuadamente el control y esto inicia desde la redacción del mismo, por lo que se deberá desarrollar los pasos establecidos por la Guía para la Administración del Riesgo V4 para este proceso

En ese orden de ideas, es pertinente manifestar que para que concurra una eficiente mitigación de los riesgos no basta con que un control esté bien diseñado, este debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó.

Al no contar la matriz actual con estos criterios, no se puede calificar el rango de calificación del diseño, el rango de calificación de la ejecución, la solidez individual y la solidez del conjunto de controles. En este sentido, tampoco es posible hallar la probabilidad residual; es importante señalar que en los riesgos de corrupción no se disminuye o hay desplazamiento del impacto y a la fecha el instrumento inadecuadamente lo realiza.

Tabla 39. Análisis de la probabilidad e impacto riesgos de corrupción proceso planeación

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		ANÁLISIS DE RIESGO						
		RIESGO INHERENTE						
		PROBABILIDAD			VALORACIÓN DE IMPACTO			
Número del riesgo	¿QUÉ PUEDE SUCEDER? (EVENTO/RIESGO) (Acción u omisión, Uso del poder - Desviación de la gestión de lo público - Beneficio privado)	Criterio Probabilidad (La actividad que conlleva al riesgo...)	PROBABILIDAD	%	Criterio Impacto	IMPACTO	%	ZONA DE RIESGO
R1	Modificar los planes, Proyectos o actividades institucionales a una destinación diferente a lo establecidas en el Plan Estratégico Institucional para favorecimiento de terceros	Se ejecuta de 3 a 24 veces por año.	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Riesgo moderado
R2	Alterar información institucional a reportar ante entes externos, con el objetivo de beneficiar a terceros.	Se ejecuta de 3 a 24 veces por año.	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV .	Leve	20%	Riesgo bajo

Fuente: Suministrado por el proceso de planeación

Se puede observar en la tabla que en los riesgos del proceso planeación no se utilizaron los descriptores sugeridos por la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, como se puede ver en la Tabla Análisis de la probabilidad. Se coloca en el Riesgo 1 Probabilidad baja con un valor del 40% y la guía indica que el descriptor debe ser Casi seguro con Nivel 5, se coloca en el Riesgo 2 la Probabilidad es Baja con un valor del 40% y la Guía indica que el descriptor debe ser Casi seguro con Nivel 5.

Tabla 40. Análisis de la probabilidad

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

Tabla 41. Análisis de probabilidad utilizando los datos suministrados y los descriptores de la guía.

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS DE LA PROBABILIDAD		
	RIESGO	FRECUENCIA	NIVEL	PROBABILIDAD INHERENTE
R1	Modificar los planes, Proyectos o actividades institucionales a una destinación diferente a lo establecidas en el Plan Estratégico Institucional para favorecimiento de terceros	Más de 1 vez al año	5	Casi seguro
R2	Alterar información institucional a reportar ante entes externos, con el objetivo de beneficiar a terceros.	Más de 1 vez al año	5	Casi seguro

Fuente: Elaborado por el auditor

Tabla 42. Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción.

N.º	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRÍA...	RESPUESTA	
		SÍ	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?	X	
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?	X	
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad?	X	
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		X
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?	X	
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?	X	
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?	X	
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		X
9	¿Generar pérdida de información de la entidad?		X
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?	X	
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?	X	
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?	X	
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?	X	
14	¿Dar lugar a procesos penales?		X
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		X
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		X
17	¿Afectar la imagen regional?		X
18	¿Afectar la imagen nacional?		X
19	¿Generar daño ambiental?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor. Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.		10	
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad.		

Se puede observar en la tabla análisis de riesgo proceso planeación que no se utilizaron los criterios sugeridos por la guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, para determinar el impacto, y se definieron impactos menor y leve para los riesgos R1 y R2, respectivamente, sin tener en cuenta que la guía se tiene que Para los riesgos de corrupción, el análisis

de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos.(pág. 91 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6)

Tabla 43. Controles o tratamientos existentes al riesgo del proceso planeación

CONTROLES O TRATAMIENTOS EXISTENTES AL RIESGO						
CONTROLES EXISTENTES	TIPO DE CONTROL	IMPLEMENTACIÓN (Forma en que se ejecuta el control)	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA DE EJECUCIÓN	EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN	Valoración del Control
si	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%
si	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%

Teniendo en cuenta lo que dice la guía antes mencionada se puede observar que en la valoración de controles realizados por el proceso de planeación en los riesgos de corrupción no se utilizó lo sugerido por esta.

Tabla 44. Valoración del impacto riesgos de corrupción

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO							
¿QUÉ PUEDE SUCEDER? (EVENTO/RIESGO) (Acción u omisión, Uso del poder - Desviación de la gestión de lo público -	¿CÓMO PUEDE SUCEDER? (Causas)	CONSECUENCIAS	%	VALORACIÓN DE IMPACTO			ZONA DE RIESGO
				Criterio Impacto	IMPACTO	%	
Modificar los planes, Proyectos o actividades institucionales a una destinación diferente a lo establecidas en el Plan Estratégico Institucional para favorecimiento de terceros	1. Interés económico 2. Seguimiento inadecuado a los planes estrategicos para favorecer a terceros	Sanciones, disciplinarios inhabilidades	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Riesgo moderado
Alterar información institucional a reportar ante entes externos, con el objetivo de beneficiar a terceros.	Personal no idoneo. 2. Conflicto de intereses 3. Seguimiento inadecuado a los procesos 4- falta de etica profesional	1. Asignar beneficios a estudiantes que no cumplen con los requisitos 2- Pérdida de imagen Institucional. 3- sanciones y multas	40%	Afectación menor a 10 SMLMV .	Leve	20%	Riesgo bajo

Fuente: suministrado por el proceso auditado

Tabla 45. Análisis de riesgo residual (Efectividad de los controles) de los riesgos de corrupción del proceso planeación

ANÁLISIS DE RIESGO RESIDUAL (Efectividad de los controles)						
Probabilidad Residual			Impacto Residual			ZONA DE RIESGO
PROBABILIDAD	[cálculos del formato]	%	IMPACTO	[cálculos del formato]	%	
Muy baja	24,00%	14,40%	Moderado	40,00%	60%	Riesgo moderado
	14,40%					
Muy baja	24,00%	14,40%	Moderado	20,00%	60%	Riesgo moderado
	14,40%					

Tabla 46. Resultados de los posibles desplazamientos de la probabilidad y del impacto de los riesgos.

SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE LOS CONTROLES.	CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR LA PROBABILIDAD	CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR IMPACTO	# COLUMNAS EN LA MATRIZ DE RIESGO QUE SE DESPLAZA EN EL EJE DE LA PROBABILIDAD	# COLUMNAS EN LA MATRIZ DE RIESGO QUE SE DESPLAZA EN EL EJE DE IMPACTO
fuerte	directamente	directamente	2	2
fuerte	directamente	indirectamente	2	1
fuerte	directamente	no disminuye	2	0
fuerte	no disminuye	directamente	0	2
moderado	directamente	directamente	1	1
moderado	directamente	Indirectamente	1	0
moderado	directamente	no disminuye	1	0
moderado	no disminuye	directamente	0	1

Al observar la tabla 45 Análisis de riesgo residual (efectividad de los controles) de los riesgos de corrupción del proceso planeación, y compararlos con la tabla 44, se pudo observar que no se utilizaron los resultados de los posibles desplazamientos de la probabilidad y del impacto de los riesgos señalados en la versión 4 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, de 2018.

IMPORTANTE

Tratándose de riesgos de corrupción únicamente hay disminución de probabilidad. Es decir, para el impacto no opera el desplazamiento.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6

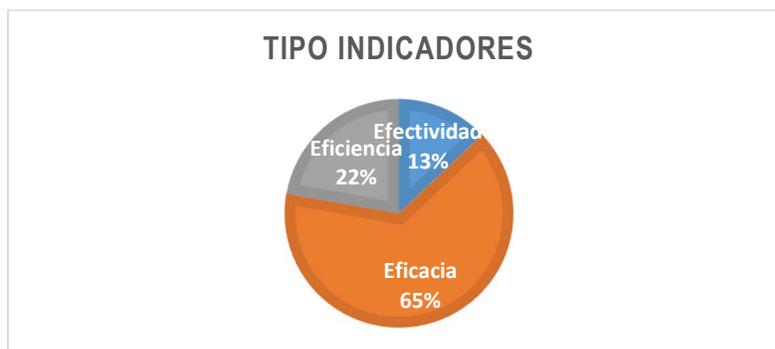
Se debe tener en cuenta que el desplazamiento del riesgo inherente para calcular el riesgo de corrupción residual solo habrá disminución de probabilidad tal y como lo indica la guía. Se puede observar que hubo un desplazamiento del impacto por lo cual no se utilizó las indicaciones establecidas por la guía.

HOJAS DE VIDA INDICADORES:

Se reportan cincuenta y cuatro (54) indicadores distribuidos en diferentes orígenes, treinta y tres (33) en proceso de apoyo, cinco (5) en procesos estratégicos, cuatro (4) en procesos de evaluación y doce (12) en procesos misionales.



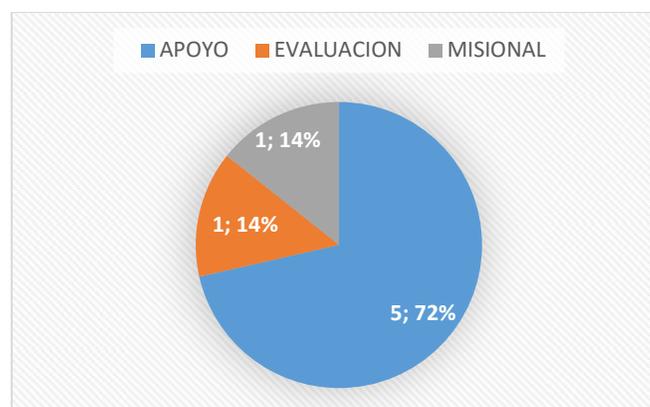
De los cuales se tiene que siete (7) indicadores son de efectividad y correspondiente al 13% de los reportados; treinta y cinco de (35) de eficacia con el 65% y doce (12) de eficiencia con el 22% de los indicadores referenciados.



Se debe recordar que los procesos misionales son aquellos esenciales en una institución de educación superior y solo 1 de los 7 indicadores de efectividad pertenece a estos. Por lo anterior, se sugiere revisar el enfoque de los indicadores a estos procesos, ya que en los de efectividad es que miden los resultados de entidad y estos están estrictamente ligados con la misionalidad de la misma.

Para Armijo, “los indicadores de impacto son desarrollados en su mayoría en el marco de compromisos de gestión pública, donde existen responsabilidades establecidas respecto de su monitoreo y evaluación.” (Armijo, 2011, p. 112). De acuerdo con lo anterior, los indicadores de impacto o efectividad buscan identificar, a través de metodologías minuciosas, los cambios en la población objetivo luego de implementados ciertos programas, proyectos o haber recibido ciertos bienes o servicios.

Indicadores de efectividad



Se revisaron las fichas técnicas de los siguientes indicadores: 1- Porcentaje ejecución plan de desarrollo. 2- Cumplimiento de cierre de acciones de mejora. 3- Eficacia acciones de mejora. 4- porcentaje de auditorías efectuadas y se evidenció que se encuentran elaborados acuerdos con la normatividad vigente establecida en la Guía para la construcción y análisis de indicadores del Departamento Nacional de Planeación -2018- y a lo reflejado en la Dimensión; sin embargo, hay que anotar que se debe tener en cuenta lo propuesto en esta guía para determinar de forma clara el nombre del indicador así:

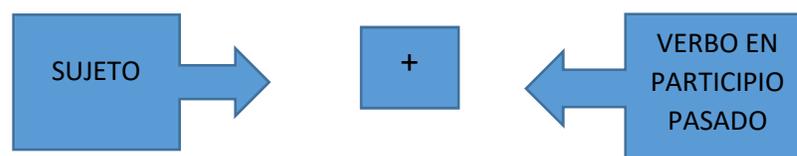


Tabla 47. Matriz de indicadores planeación institucional

#	PROCESO	NOMBRE DEL INDICADO	PROPÓSITO	TIPO	FÓRMULA	ORIGEN DE DATOS	MET A	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDID	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN
1	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	Cumplimiento de cierre de acciones de mejora.	Evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora identificadas	Eficacia	No. De acciones de mejora cerradas en el tiempo establecido / Total acciones	Formato mejoramiento continuo (FT-SM-009)	90%	Semestral	%	Profesional SIG
2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	Eficacia acciones de mejora	Establecer la eficacia de las acciones de mejora realizadas en la Institución	Eficacia	N° de acciones de mejora eficaces/ Acciones de mejora con verificación	Acciones de mejora	80%	Semestral	%	Profesional SIG
3	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Porcentaje ejecución plan de desarrollo	Verificar el grado de ejecución del plan de desarrollo	Eficacia	Porcentaje de cumplimiento del plan de desarrollo institucional	Plan desarrollo - Aplicativos	80%	Anual	%	Director de Planeación
4	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	porcentaje de auditorías efectuadas	Medir el cumplimiento de la ejecución del programa anual de	Eficacia	No. De auditorías realizadas/ No. De auditorías programadas	Acciones de mejora	100%	Anual	%	Profesional SIG

Frente al cumplimiento de los Indicadores de Gestión por parte del proceso de Planeación Institucional y SIG, se observa que se reporta mensual y anual con corte de vigencia lo que permite revisar y comparar el histórico de la información para la vigencia 2024 (Ficha Técnica de Indicadores).

Plan de Desarrollo

El Plan de Desarrollo Institucional Umayor avanza hacia la excelencia 2022-2026 se sustenta sobre la base de 6 objetivos estratégicos. Para el cumplimiento de estos objetivos se han establecido 6 factores estratégicos, que se implementaran a través de 25 programas y 19 proyectos. La implementación de estos podrá ser monitoreada y medida por medio de 54 metas y 55 indicadores, a partir de los cuales los diferentes procesos definen sus planes de acción anuales.

Se destaca como buena práctica, la implementación de un análisis semestral del cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional, verificando el comportamiento de las mismas y los posibles factores de retraso o inobservancia. De lo anterior, la líder del proceso realiza un informe que es presentado ante el rector de la Umayor.

Plan de Acción

De acuerdo a la revisión presentada, se logró identificar que la oficina de Planeación Institucional viene realizando cuatrimestralmente seguimiento a los planes de acción de los procesos, entregando como suministro un informe que es presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, que es presidido por el rector de la entidad.

Al evaluar la ponderación dada a las actividades, se logró que verificar que cada una de ellas tiene establecido previamente un valor porcentual, el cual, según información suministrada por la Directora del proceso, fue consensuado con cada líder al momento de la creación de su plan de acción; sin embargo, la oficina auditada no tiene evidencia física que demuestre este hecho.

Ahora bien, al revisar de manera general los informes de seguimiento al plan de acción publicados, se observa que estos determinan el periodo a evaluar, pero al dar los resultados obtenidos en cada uno, esto no se especifica y por el contrario, se consignan como porcentaje del plan de acción, lo que claramente puede generar ambigüedades si son analizados por separado, ya que a la lectura, se denota que lo puntualizado es un ponderado total de resultado que lleva cada proceso de su plan de acción y en realidad, este solo equivale al ciclo valorado.

Como punto de valor, se resalta que el proceso se reúne con los líderes de procesos antes de valorar el cuatrimestre, con el fin de verificar que las actividades establecidas para el periodo se estén cumpliendo y si existe algún impedimento, verificar anticipadamente si existe fundamento para un replanteamiento de la actividad o del periodo a ejecutarse y llevarlo oportunamente a Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

En igual sentido, se destaca la implementación, como buena práctica de un análisis semestral del cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional, verificando el comportamiento de las mismas y los posibles factores de retraso o inobservancia. De lo anterior, la líder del proceso realiza un informe que es presentado ante el rector de la Umayor.

Modificación instrumentos en el plan de acción del proceso:

Se observaron dos (2) variaciones presupuestales en la vigencia 2024 donde se realizó un muestreo no estadístico de 2 modificaciones en la vigencia, encontrando entre las más significativas:

1) La actividad de "Realizar estudios urbanos y arquitectónicos según las necesidades de la institución" se integrará al proceso de Proyectos, dado que la gestión del laboratorio de turismo se realizará mediante regalías, para lo cual se presentará un proyecto específico.

2) La actividad "Formular proyecto para la creación de un laboratorio de Gastronomía", se reprograma para el segundo cuatrimestre debido a que inicialmente se debe realizar un estudio estructural del espacio en donde este será construido.

Es importante anotar que dichas modificaciones no alteraron los valores totales aprobados en la Ley de Presupuesto de la respectiva vigencia.

COMPONENTE TECNOLÓGICO

Datos Abiertos:

Son información pública dispuesta en formatos que permiten su uso y reutilización bajo licencia abierta y sin restricciones legales para su aprovechamiento. Lo anterior se rige mediante la Ley 1712 de 2014 - Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional, el cual define los datos abiertos en el numeral sexto como "*Todos aquellos datos primarios o sin procesar, que se encuentran en formatos estándar e interoperables que facilitan su acceso y reutilización, los cuales están bajo la custodia de las entidades públicas o privadas que cumplen con funciones públicas y que son puestos a disposición de cualquier ciudadano, de forma libre y sin restricciones, con el fin de que terceros puedan reutilizarlos y crear servicios derivados de los mismos*". De este modo, la Ley establece la obligatoriedad de las entidades públicas de divulgar datos abiertos", teniendo en cuenta las excepciones de acceso a la información.

Dado lo anterior se establece: el ciclo para el proceso de apertura, mejora y uso de datos abiertos, permitiendo que los responsables definan acciones a tomar en cada una de las fases estratégicas: construcción de plan de apertura, estructuración, comunicación y monitoreo, la implementación y seguimiento a estas actividades determinará la calidad de datos y usos de impacto.

Producto de lo anterior se observaron los siguientes aspectos:

1. Inventario actual de datos abiertos: Están clasificados por el nivel (dependencia a cuál pertenece) y la descripción, pero falta el enlace (donde está publicado), y la vigencia en el cual fue creado.

2. No se evidencia Plan de apertura, mejora y uso de datos abiertos de la Institución.

De acuerdo con la Guía para el uso y aprovechamiento de Datos Abiertos en Colombia del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (Versión 6), en el numeral “4.1.1.2.1 se deberá complementar la matriz de los activos de información para el plan de apertura, mejora y uso de datos con sus respectivas variables.

3. Estrategias de comunicación, difusión, sensibilización y posicionamiento de los datos abiertos de la entidad: Se socializa mediante la página web de la Institución, a través de los cuales se realiza la promoción de los datos publicados para que la ciudadanía y usuarios en general los puedan usar y consultar.

De acuerdo a la Guía para el uso y aprovechamiento de Datos Abiertos, se sugiere ejecutar una “Encuesta de percepción de uso de Datos Abiertos” para conocer la opinión y percepción de los usuarios en cuanto al uso que se da a la información institucional y estadística publicada. Lo anterior, con el fin de integrar a los diferentes actores y posicionar los datos abiertos de la Institución Universitaria Mayor de Cartagena.

No se evidenciaron indicadores de tipo cuantitativo que le permitan determinar la usabilidad y el impacto de los datos ya publicados en datos.gov.

En relación a la Políticas de MIPG

Con fundamento en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 y del Decreto 1499 de 2017 se implementó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual integró el Sistema de Gestión de la Calidad y Sistema de Desarrollo Administrativo. Con este modelo y abordando el Decreto en mención, artículo 2.2.22.3.2, este busca que las entidades públicas tengan un punto de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar su gestión administrativa, siempre en la búsqueda de resolver las necesidades de los ciudadanos y atender a los planes de desarrollo de cada institución.

Ahora bien, al revisar la aplicación del modelo en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena se puede observar que este fue adoptado con la Resolución 277 de abril de 2019 con su última modificación en la Resolución 311 de 2024, en donde se identifican las siete (7) dimensiones y las diecinueve (19) políticas; sin embargo, en la auditoría en curso se evidenció que no existe documento rector de cada una

de las políticas; donde se definan las estrategias y mecanismos mediante las cuales se desarrollaran o implementaran las políticas aplicables a la institución.

La guía o manual, sería una ruta para el desarrollo eficiente y eficaz de la política desarrollada; que permitiría evidenciar y evaluar los resultados de la misma, implementar las acciones de mejora y la toma de decisiones internas, logrando avanzar en la medición y resultados del Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión- FURAG.

Cada documento deberá definir los siguiente:

1. A qué proceso (s) permea directamente
2. Responsable (S) directo (s) de la política
3. Alcance
4. Objetivo
5. Marco Normativo
6. Herramientas e instrumentos de control
7. Implementación, que a su vez deberá contener:
 - a. Actividad
 - b. Meta
 - c. Estrategia
 - d. Proceso responsable
 - e. Indicar si interactúa con otra política
 - f. Periodicidad de ejecución

Como guía para la implementación se sugiere el Manual y Marco General de MIPG y demás, instrumentos proporcionados por la Función Pública.

En cuanto al Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Revisada la Resolución 277 de abril de 2019 mediante la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y que dispone en su artículo quinto la creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual sustituyó diferentes comités existentes en la entidad para esa fecha:

- Comité de archivo
- Comité de Atención al Ciudadano
- Comité Financiero
- Comité de Calidad

En cuanto al Comité Financiero, que por inducción lógica hace realmente referencia al Comité de Sostenibilidad Contable, ya que este último, que fue creado con la Resolución 322 de 11 de mayo de 2011 dejó de operar desde la creación del Comité



de Gestión y Desempeño y sus funciones son tratadas en el mismo, no debió sustituirse, ya que este cuenta con una obligatoriedad por mandato legal, que le atribuye la Resolución 193 de 2016, por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable y en su Anexo Técnico capítulo 3 Gestión del Riesgo Contable numeral 3.2.2 Herramientas de mejora continua y sostenibilidad de la calidad de la información financiera indica:

*“Dada la característica recursiva de los sistemas organizacionales y la interrelación necesaria entre los diferentes procesos que desarrollan las entidades, estas deberán contar con herramientas tendientes a la mejora continua y de sostenibilidad de la información financiera de manera que se genere información con las características fundamentales de relevancia y representación fiel. **Estas herramientas pueden ser de diversa índole, como la creación del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable o la implementación de herramientas sustentadas en políticas, procedimientos, directrices, instructivos, lineamientos o reglas de negocio que propendan por garantizar de manera permanente la depuración y mejora de la calidad de la información financiera**”*

Si bien, no es obligatorio la creación de este comité, si esta era la herramienta establecida, no debió suprimirse, más aún cuando en la entidad no existen políticas, procedimientos, directrices, instructivos, lineamientos o reglas de negocio de los que habla el numeral citado. Lo anterior, sustentados en el análisis de la Auditoria a Gestión Financiera Vigencia 2024.

Adicionalmente, la misma la Resolución 277 de abril de 2019 en el párrafo primero del artículo quinto señala: “este Comité sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y que no sean obligatorios por mandato legal”, por lo que, en la misma, existió una contradicción entre lo dispuesto y lo implementado.

Respecto a la Política de Administración del Riesgo

Que mediante la Resolución 416 de 23 de mayo de 2023 se modificó la Resolución 25 de 25 de enero de 2010, que aprueba y modifica la Política de Administración del Riesgo y que al revisar la misma, se realizan las siguientes observaciones:

1. Conforme al artículo primero de la Resolución 416 de 2023, la política fue aprobada ante el Comité de Gestión y Desempeño no siendo de su resorte, y sí, del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que de acuerdo al Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.1.6 literal g, es quien la somete a aprobación del representante legal y le hace seguimiento.

2. El artículo sexto señala que el responsable de la definición de la Política de Administración del Riesgo es la alta dirección con participación de Control Interno. Es necesario diferenciar claramente entre la Oficina Asesora de Control Interno y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, ya que son figuras distintas. La Oficina Asesora actúa únicamente como Secretaría Técnica dentro del mencionado comité, por lo que su función en la aprobación de esta política se limita a ello. Se deberá realizar la corrección.
3. No existe un documento rector de la política. Todo lo referente a ella fue plasmado en la resolución inicial que la adopta y aprueba y, las subsiguientes, con sus modificaciones.
4. Conforme a lo anterior y teniendo como base la Guía de Administración del Riesgo se deberá crea el instrumento.
5. Si bien la última resolución contiene algunos aspectos omite varios de relevancia como son:
 - a. Niveles de aceptación al riesgo aceptado para la entidad y su forma de manejo.
 - b. Niveles para calificar el impacto
 - c. Probabilidad e impacto institucional.
 - d. Los de responsabilidad frente al manejo de los riesgos (Líneas de defensa)
 - e. Mecanismo de comunicación utilizados para dar a conocer la política.

Importante señalar que la implementación de la Política de Administración del Riesgo Institucional se convierte en una declaración de la dirección y de las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo (NTC ISO31000 Numeral 3.4) y al tener implementada dicha política, se establecen los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento del riesgo.

Armonización entre los procesos de SIG y las políticas de MIPG

De acuerdo a la revisión realizada, se observó que no existe una armonización en entre los procesos contemplados en el SIG (Estratégicos, Misionales, Apoyo, Evaluación, Transversales), las políticas de MIPG, el Plan de Desarrollo - Plan de Acción y los proyectos, metas y actividades resultantes de estos.

Se debe tener en cuenta que la orientación de los procesos de una entidad debe estar encaminados al cumplimiento de los requisitos legales, que para el caso

específico es la correcta implementación del Modelo de Integrado de Planeación y Gestión.

Por lo anterior, se sugiere implementar una matriz de armonización, en la cual la institución establezca proceso a proceso a que políticas están directamente relacionados y ya existiendo un plan de desarrollo en ejecución, tener claro en el plan de acción que actividades estén orientadas a satisfacer y cumplir con las directrices establecidas en las políticas de MIPG y, por ende, con la misionalidad de la entidad.

Se toma un proceso para realizar un ejemplo de lo que se sugiere implementar:

Dependencia	Proceso	MIPG		Plan de Desarrollo	Plan de Acción
		Dimensión	Política	Proyecto	Meta
Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Talento Humano	Gestión Estratégica del Talento Humano	Plan Estratégico de Gestión Humana	Diseñar e implementar el Plan estratégico de Talento Humano con, teniendo como actividad identificar y alinear los cursos a desarrollar de acuerdo a las líneas programáticas del plan institucional de capacitaciones, siendo este su producto.

Fuente: Proceso Auditor

Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos Administrativos (SUIT)

Al consultar con la líder del proceso, manifestó que existen debilidades para el manejo del SUIT y que a la fecha no cuentan con personal que tenga una amplia o suficiente formación en el tema; no obstante, siendo conscientes de esto, iniciaron acciones para mitigar su falencia, ejecutando un diagnóstico referente al estado del sistema y la solicitud a Talento Humano de un asesor experto, que capacite al equipo.

Adicional y relacionando, no solo con el Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos Administrativos, sino con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, no se evidenció la publicación del Plan de Racionalización de Trámites de la vigencia 2024.

Observaciones

Las observaciones se realizarán teniendo cuenta los riesgos contemplados en el Área de Planeación SIG:

1. Los criterios establecidos de identificación del riesgo, calificación de la probabilidad, el impacto inherente, evaluación de controles, la probabilidad inherente, el riesgo residual y demás criterios del mapa de riesgo de gestión institucional, no corresponden con lo propuesto en la Guía de Administración del Riesgo Versión 6 entre las páginas 30 a 56. Lo anterior, posiblemente por uso inadecuado de la guía o confusión entre los criterios de identificación y valoración y los controles para cada tipo de riesgo, lo que generó una errónea implementación de la matriz de riesgos de gestión y, por ende, una calificación inadecuada de estos criterios y probablemente, afectación en la efectividad de los controles.
2. Al igual que la observación anterior, en el análisis se evidenció que los criterios establecidos para identificación de riesgo, probabilidad, impacto, riesgo inherente, controles, riesgo e impacto residual en el Mapa de Riesgos de Corrupción no corresponden a los determinados por las Guías de Administración del Riesgo V4 y V6 de la Función Pública, por lo tanto, no se puede calificar el rango de calificación del diseño, el rango de calificación de la ejecución, la solidez individual y la solidez del conjunto de controles. Lo anterior, posiblemente por uso inadecuado de la guía o confusión entre los criterios de identificación y valoración y, los controles para cada tipo de riesgo, lo que generó una errónea implementación de la matriz de riesgos de corrupción y, por tanto, una calificación inadecuada de estos criterios y probablemente afectación en la efectividad de los controles.
3. El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2024 no fue socializado conforme a la Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano V2 y la Guía de Administración del Riesgo V4 y V6, probablemente por inobservancia de la norma o desconocimiento de esta, lo que podría generar inconformidades en los grupos de interés de la entidad, así como, omisiones de puntos relevante para la adecuada implementación del PAAC institucional.
4. En relación al Plan de Acción Institucional vigencia 2024, se observó que la oficina auditada no tiene evidencias de la estrategia utilizada para la

ponderación de las actividades por proceso. Lo enunciado, por incumplimiento del procedimiento PR-PI-002, que determina en sus generalidades que: *“todas las etapas del procedimiento deben ser documentadas de manera clara y detallada, incluyendo la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación”*. La ausencia de esto podría ocasionar desavenencias posteriores con los líderes de proceso, quienes podría desconocer los valores pactados de forma verbal, quedando quebrantada la transparencia del seguimiento y evaluación de este plan.

5. Al revisar los informes de seguimiento al plan de acción publicados en la página web institucional, se observa que si bien estos determinan el periodo a evaluar (cuatrimestral) y se analiza proceso por proceso las actividades alcanzadas, no se señala en el documento el resultado institucional obtenido para el corte, así como, el avance total logrado en plan de la vigencia. Esto puede generarse por incumplimiento del procedimiento PR-PI-002, que determina en sus generalidades que: *“todas las etapas del procedimiento deben ser documentadas de manera clara y detallada, incluyendo la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación”*, ocasionando ambigüedades y confusiones en los resultados generales obtenidos el plan de acción.
6. En el documento Inventario actual de datos abiertos están clasificados por el nivel (dependencia a cuál pertenece) y la descripción, pero no cuenta con un enlace de donde está publicado y la vigencia en el cual fue creado. Lo anterior, se genera posiblemente por el cumplimiento a los controles establecidos para la mitigación de riesgos de gestión dispuestos en el proceso “Uso de documentos obsoletos por parte del personal y Desactualización del SIG”, así mismo, por desconocimiento de la norma en lo referente al Decreto 1081 de 2015 artículo 2.1.1.2.1.11 y la Ley 1712 de 2014 artículo 11 literal k publicación de Datos Abiertos, lo que genera falta desconfianza institucional por no publicación de la información reglamentada por ley.
7. No existen manuales de cada política del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y para su buen funcionamiento y en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.22.3.3, especialmente en el numeral 3: *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”*, se hace necesaria su aplicación. Al no contar con unas disposiciones claras para la ejecución de cada una de las políticas y la interacción entre unas y otras, como sus responsables (en el documento se consignan objetivos, marco normativo aplicable, la

herramientas e instrumentos de control, responsables, estrategias de implementación con metas, actividades, entre otros), se quebranta la armonización del sistema.

8. Supresión del Comité de Sostenibilidad Contable (Resolución 322 de 11 de mayo de 2011) por parte del Comité de Gestión y Desempeño, en el cual han sido abordadas y ejecutadas sus funciones. Lo anterior por una posible inobservancia de la norma o desconocimiento de ella, teniendo presente que cuenta con una obligatoriedad por mandato legal, que le atribuye la Resolución 193 de 2016, por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable y en su anexo técnico capítulo 3 Gestión del Riesgo Contable numeral 3.2.2 Herramientas de mejora continua y sostenibilidad de la calidad de la información financiera. Así mismo, la Resolución 277 de abril de 2019 (norma interna) en el párrafo primero del artículo 5 señala: “este Comité sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y que ***no sean obligatorios por mandato legal***”. (negrilla cursiva fuera del texto). Esta contravención ocasionó que los problemas de tipo contable no se encuentren analizados como determina la ley, afectando posiblemente la toma de decisiones.
9. La Política de Administración del Riesgo fue aprobada ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño no siendo de su resorte y sí, del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, quien de acuerdo al Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.1.6 literal g, es quien la somete a aprobación del representante legal y le hace seguimiento. Esto sucedió posiblemente por desconocimiento o inobservancia de la norma y afecta la estructura organizacional de la institución y la correcta y válida toma de decisiones a nivel de los comités.
10. El artículo sexto de la Resolución 416 de 23 de mayo de 2023 (última modificación a la adopción de la política) señala que el responsable de la definición de la Política de Administración del Riesgo es la alta dirección con participación de la Oficina Asesora Control Interno y, la intervención de esta dependencia, se limita a la Secretaria Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (se deben entender estas dos -OACI y CICCI- como figuras diferentes), que es en realidad quien tiene esta función conforme a la Guía de Administración del Riesgo V6 página 23 Paso 1: Política de Administración del Riesgo 1.1 Lineamientos de la política de riesgos, figura 5 Estructuración de la política de administración de riesgos

“quien lo establece”. Esta observación se materializa posiblemente por inobservancia o desconocimiento de la normal aplicable y/o por el incumplimiento de los controles diseñados para la mitigación de riesgos de gestión establecidos en el proceso, como es riesgo: Desactualización del SIG, ocasionando ambigüedades, afectación en la validez y correcta toma de decisiones y eventualmente falta de confianza institucional.

11. No existe un documento rector de la política, todo lo referente a ella fue plasmado en la resolución inicial que la adopta y aprueba y, las subsiguientes con sus modificaciones, contravirtiendo lo establecido en Guía de Administración del Riesgo V6 página 23 Paso 1: Política de Administración del Riesgo 1.1 Lineamientos de la política de riesgos, figura 5 Estructuración de la política de administración de riesgos “*que es*”, al igual que la NTC ISO31000 Numeral 3.4: “*la política de administración del riesgo es la declaración de la dirección y de las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo*”. Esta debilidad se da posiblemente por desconocimiento de la norma o inobservancia de ella, causando probablemente reprocesos y una no idónea identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos institucionales.
12. Si bien la última resolución que modifica la Política de Administración del Riesgo contiene algunos aspectos, omite varios de relevancia, como son los niveles de aceptación al riesgo reconocido para la entidad y su forma de manejo, niveles para calificar el impacto, probabilidad e impacto institucional, los de responsabilidad frente al manejo de los riesgos (líneas de defensa), mecanismo de comunicación utilizados para dar a conocer la política, contraviniendo lo dispuesto en la Guía de Administración del Riesgo V6 página 23 Paso 1: Política de Administración del Riesgo 1.1 Lineamientos de la política de riesgos, figura 5 Estructuración de la política de administración de riesgos “*qué debe contener*” y “*qué se debe tener en cuenta*” y demás normas concordantes. Este quebrantamiento se da posiblemente por desconocimiento de la norma o inobservancia de ella, causando probablemente una no idónea identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos institucionales.
13. Desactualización del Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos Administrativos, infringiendo lo establecido en Ley 1712 de 2014, el Decreto 1081 de 2015 artículo 2.1.1.2.1.6, Decreto 103 de 2015 artículo 6°, las normas que reglamentan a este Sistema: Ley 962 de 2005 y el Decreto Ley 019 de 2012. Lo anterior, por falta de personal con

competencias en el tema y desconocimiento de la norma, ocasionando debilidades en la transparencia, publicidad y acceso a la información de la entidad.

14. No se evidencia la publicación del Plan de Racionalización de Tramites de la vigencia 2024, violando la Ley 1712 de 2014, las Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano V2 y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la institución que lo contemplan como actividad uno del segundo componente. Esta inobservancia se materializa probablemente por falta de planificación o no contar con el personal con las competencias idóneas para la implementación del mismo, ocasionando posibles retrocesos y debilidades en el acceso a la información, publicidad y transparencia institucional.
15. Se observó que no existe una armonización entre los procesos contemplados en el SIG (Estratégicos, Misionales, Apoyo, Evaluación, Transversales), las políticas de MIPG, el Plan de Desarrollo - Plan de Acción y los proyectos, metas y actividades resultantes de estos y la orientación de los procesos de una entidad debe estar encaminados al cumplimiento de los requisitos legales, que, para el caso específico, es la correcta implementación del Modelo de Integrado de Planeación y Gestión. La falta de Armonización genera reprocesos para el cumplimiento de los objetivos y directrices establecidas en las políticas de MIPG y, por ende, con la misionalidad de la entidad.

VIII. Conclusiones

El área de Planeación Institucional dentro de la organización es adecuada y está alineada con los objetivos estratégicos. Se resalta el compromiso del equipo y la entrega oportuna de la información, lo que permitió hacer un análisis y evaluación apropiada a los procesos contemplados en la dependencia auditada. Así mismo, se destaca, que la dirección del área siempre fue receptiva y presta atender los requerimientos y solicitudes del proceso auditor.

Es oportuno indicar, que la dependencia ha desplegado acciones para mejorar el acompañamiento a los procesos contemplados en el SIG y realizar seguimiento oportunos e idóneos. De igual manera, se resalta el fortalecimiento al equipo de trabajo por parte de la alta dirección; quienes, con esto, reconocen la importancia del proceso para alcanzar los objetivos institucionales.

Como oportunidades de mejora, el área deberá mejorar en la implementación de la gestión de riesgo, partiendo de la reestructuración de la Política de Administración del Riesgo y la armonización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión con los procesos de institución.

VII. Recomendaciones

Conforme al análisis realizado a la dependencia auditada, la Oficina Asesora de Control Interno, realiza las siguientes recomendaciones:

1. Reestructuración de matriz de riesgo de gestión, atendiendo a las observaciones realizadas en el informe.
2. Reestructuración de la matriz de riesgos de corrupción; implementando los criterios establecidos en la Guía de Administración del Riesgo.
3. Realizar para futuras vigencias de manera correcta la socialización de los planes a los que se encuentra obligada la institución conforme a la ley, involucrando a todas las partes interesadas, con el objetivo de no afectar la calidad de las decisiones tomadas.
4. Dejar las evidencias de todos los procedimientos que se encuentren a cargo del área auditada. En lo relacionado al plan de acción aplicar completamente las disposiciones del procedimiento PR-PI-002.
5. Revisión de los procesos del SIG y los documentos implementados por el Sistema, con el fin de asegurar que se encuentren actualizados y conforme a las disposiciones legales.
6. Elaboración de manuales de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que sean aplicables por ley a la institución, con el objetivo de contar con directrices claras para la implementación y ejecución de las mismas.
7. Revisar, de acuerdo a las normas contabilidad pública, la pertinencia de albergar el Comité de Sostenibilidad Contable (Comité Financiero) en el Comité de Gestión y Desempeño.
8. Revisar las competencias de los Comité de Gestión y Desempeño y Comité Institucional Coordinador de Control Interno, de acuerdo a lo establecido por la norma.
9. Revisar los lineamientos establecidos por la Guía de Administración del Riesgo, específicamente los lineamientos establecidos para su implementación y ejecución.

10. Crear un documento específico de Política de Administración del Riesgo, donde se establezcas todos los presupuestos exigidos por la Guía de Administración del Riesgo.
11. Revisar el estado actual del Sistema Único de Información de Trámites y Procedimientos Administrativos, capacitar al personal y considerar la pertinencia del fortalecimiento del área en este tema.
12. Conforme a lo anterior, reestructurar la planeación y ejecución del Plan de Racionalización de Trámites para la vigencia 2025.
13. Crear una Matriz de Armonización del Modelo Integrado de Gestión con los procesos contemplados en el Sistema Integrado de Gestión.

ANEXOS

1. Tablas consignadas en el informe.

Para constancia se firma en Cartagena D.T. y C., a los diecinueve (19) días del mes de noviembre del año 2024.

APROBACIÓN DEL INFORME		
Nombre Completo	Cargo	Firma
Elizabeth Díaz Granados Beleño	Dir. Oficina Asesora de Control Interno.	Original firmado
EQUIPO DE AUDITORES		
Nombre Completo	Cargo	Firma
María Juliana Sierra Serpa (Elaboró y revisó)	Apoyo a la oficina de Control Interno	Original firmado
Tomas Romero Hernández (Elaboró)	Apoyo a la oficina de Control Interno	Original firmado