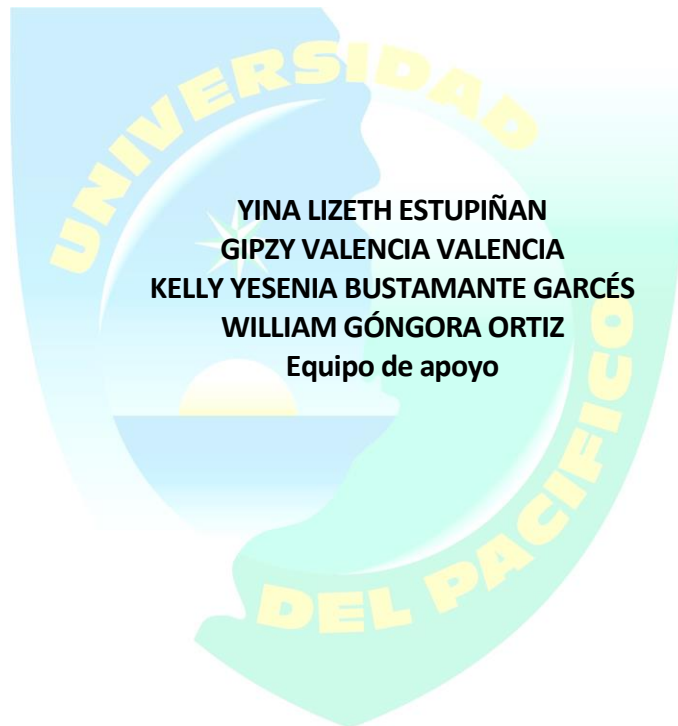




CIN.101

**INFORME DE SEGUIMIENTO MAPAS DE RIESGOS
CUARTO TRIMESTRE 2025**

MAGALY BENITEZ VALENCIA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA
ENERO 2025



CIN.101

Contenido

| | | |
|--------|--|----|
| 0. | PRESENTACIÓN..... | 3 |
| 1. | OBJETIVO | 4 |
| 2. | ALCANCE..... | 5 |
| 3. | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | 5 |
| 4. | METODOLOGÍA: | 5 |
| 5. | ANÁLISIS DE DATOS..... | 6 |
| 5.1 | PROCESOS DE GESTIÓN ESTRATÉGICA..... | 7 |
| 5.1.1. | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO..... | 7 |
| 5.1.2 | MEJORA CONTINUA | 9 |
| 5.2. | PROCESOS MISIONALES | 11 |
| 5.2.1. | DOCENCIA..... | 11 |
| 5.2.2. | INVESTIGACIÓN | 15 |
| 5.2.3 | PROYECCIÓN SOCIAL..... | 17 |
| 5.3. | PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS Y APOYO..... | 18 |
| 5.3.2. | GESTIÓN DE APOYO | 20 |
| 5.3.3. | SEGURIDAD DIGITAL..... | 23 |
| 5.4. | PROCESO DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO | 24 |
| 5.4.1. | CONTROL INTERNO..... | 24 |
| 6. | CONCLUSIONES | 25 |
| 7. | RECOMENDACIONES | 25 |



CIN.101

0. PRESENTACIÓN

En cumplimiento de las facultades otorgadas por la Ley 87 de 1993 y en concordancia con lo establecido en el Plan de Auditoría y Seguimiento de la Vigencia 2025, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno procedió a realizar la Evaluación y Seguimiento del mapa de riesgos de los procesos y sus controles. Esta evaluación se llevó a cabo conforme a las disposiciones vigentes y los procedimientos internos del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad del Pacífico.

La Universidad del Pacífico, representada por el Consejo Superior, Consejo Académico, Rectoría, las oficinas asesoras de Planeación y de Control Interno, emite los criterios de orientación para la toma de decisiones con respecto a la Administración de Riesgos que pueden afectar el cumplimiento de su función constitucional, los objetivos institucionales, la misión, la visión, los planes, programas y proyectos de la entidad y exhorta a que sean aplicadas por todos los servidores públicos.

La Administración de Riesgos debe tener la máxima prioridad en el ámbito interno y externo; esto debe incluir: la seguridad de las personas, del medio ambiente, de los bienes, de la imagen institucional y en general de todos los procesos.

La Universidad del Pacífico se compromete a implementar la Gestión de Riesgos como una herramienta que le permita el tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos de gestión, de corrupción, de contratación, de defensa jurídica y de seguridad digital, que puedan afectar el cumplimiento de la misión, visión, políticas y objetivos institucionales; mediante el compromiso y la participación de todos los servidores públicos, la interacción con otras entidades, el uso adecuado de los recursos, el cumplimiento de las normas, leyes y regulaciones y la mejora continua de sus procesos.



CIN.101

1. OBJETIVO

Realizar seguimiento a los Mapas de Riesgos de la IES y sus controles durante el cuarto trimestre del 2025, conforme a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP versión 4 del 2018 y la Política de Administración del Riesgo de la Universidad del Pacífico. Esta actividad será adelantada por el equipo de la Oficina de Control Interno – OCI.

El seguimiento se realizará a los procesos que tiene la Universidad del Pacífico, a los mapas de gestión y corrupción, los cuales son:

- **Procesos Estratégicos**
 - Direcciónamiento estratégico
 - Mejora continua
- **Proceso Misionales**
 - Docencia
 - Investigación
 - Proyección Social
- **Procesos de Apoyo**
 - Gestión de Apoyo
 - Bienestar Universitario
 - Seguridad Digital
- **Procesos de Evaluación y Seguimiento**
 - Control Interno



CIN.101

2. ALCANCE

El presente informe abarca la verificación y monitoreo del Mapa de Riesgos Institucional, Riesgos de Gestión y Corrupción con corte al 30 de diciembre de 2025.

3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, versión 4 del 2018.
- Política de Administración del Riesgo de la Universidad del Pacífico, Acuerdo Superior No. 104 del 01 de marzo de 2021.
- Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- 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.

4. METODOLOGÍA:

Mediante oficio la Oficina Asesora de Control Interno solicitó a la Oficina Asesora de Planeación información del seguimiento del cuarto trimestre a los mapas de riesgo, con corte al 30 de diciembre de 2025, toda vez que de conformidad con la política para gestión del riesgo de la Universidad del Pacífico, esta es el área encargada de consolidar la información del seguimiento, suministrada por el profesional designado por el líder de cada proceso.

Conforme a lo anterior, se revisó la matriz de riesgo de la entidad, constatando la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación en el marco de la administración de los riesgos de corrupción y gestión. Se verificaron las actividades de



CIN.101

monitoreo que deben efectuar los procesos; posteriormente, se procedió a realizar el análisis de la información obtenida, el registro de los resultados y la comunicación del informe.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Para la vigencia 2025, los Mapas de Riesgos de la Universidad del Pacífico identifica un total de 43 riesgos, de los cuales 29 corresponden a gestión y 14 a corrupción. Estos se encuentran asociados a 78 actividades distribuidas por procesos, tal como se detalla en la siguiente ilustración:

| | PROCESO | RIESGO | | Total Actividades |
|------------------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------------|
| | | Gestión | Corrupción | |
| Gestión Estratégica | Direccionamiento Estratégico | 3 | 1 | 8 |
| | Mejora Continua | 3 | 1 | 9 |
| Gestión Académica | Docencia | 6 | 2 | 10 |
| | Investigación | 2 | 3 | 8 |
| | Proyección Social | 3 | 1 | 7 |
| Gestión de Recursos y Apoyo | Bienestar Universitario | 2 | 2 | 9 |
| | Gestión de Apoyo | 4 | 3 | 14 |
| | Seguridad Digital | 4 | | 8 |
| Evaluación y Seguimiento | Evaluación | 2 | 1 | 5 |
| | Totales | 29 | 14 | 78 |

Fuente: Elaboración propia – Oficina Asesora de Control Interno.

SEGUIMIENTO A CONTROLES 2025

La gestión de riesgos es fundamental para la estabilidad organizacional, pues permite prevenir su materialización y/o mitigar su impacto. En este contexto, el presente informe evalúa los cuarenta y tres 43 riesgos y setenta y ocho 78 actividades que integran el Mapa de Riesgos de la Entidad. El seguimiento corresponde al periodo octubre – diciembre de 2025 y tiene como objetivo validar el estado de ejecución y la efectividad de los controles implementados, cuyos detalles se presentan a continuación:

| | PROCESO | RIESGO | | Total Actividades | Cumplida | En Proceso | Sin soporte |
|----------------------------|------------------------------|---------|------------|-------------------|----------|------------|-------------|
| | | Gestión | Corrupción | | | | |
| Gestión Estratégica | Direccionamiento Estratégico | 3 | 1 | 8 | 3 | 5 | |
| | Mejora Continua | 3 | 1 | 8 | | 7 | 1 |
| Gestión | Docencia | 6 | 2 | 10 | 8 | 2 | |



CIN.101

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Académica | Investigación | 2 | 3 | 8 | 3 | 5 | |
| | Proyección Social | 3 | 1 | 7 | | 5 | 2 |
| Gestión de Recursos y Apoyo | Bienestar Universitario | 2 | 2 | 9 | 6 | 1 | 2 |
| | Gestión de Apoyo | 4 | 3 | 14 | 7 | 2 | 5 |
| | Seguridad Digital | 4 | | 8 | 3 | 1 | 4 |
| Evaluación y Seguimiento | Evaluación | 2 | 1 | 5 | 5 | | |
| | Totales | 29 | 14 | 78 | 35 | 28 | 14 |



Fuente: Elaboración propia – Oficina Asesora de Control Interno.

A continuación, se detalla las observaciones evidenciadas a cada uno de los controles establecidos por los procesos durante el trimestre comprendido de octubre - diciembre de 2025.

5.1 PROCESOS DE GESTIÓN ESTRATÉGICA

5.1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



CIN.101

Este proceso cuenta con tres (3) riesgos de gestión y uno (1) de corrupción, determinados al interior de la dependencia.

➤ **RIESGOS DE GESTION - DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|---|--|
| Riesgo 1. Posibilidad de no elaborar las herramientas de planeación estratégica (PDI, POAI, plan de acción, fichas de proyectos) De forma oportuna para la toma de decisiones y el cumplimiento de lineamientos normativos. | Actividad No. 1. El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación inicia la construcción de herramientas de planeación antes de finalizar la vigencia o periodo inmediatamente anterior y establecer de manera oportuna los lineamientos para la construcción. | Se observan elaborados y publicados en la página web institucional, los instrumentos de planificación: PDI - Plan de Acción – POAI – Presupuesto - Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). |
| | Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa periódicamente el cronograma de entrega de información enviado por la Oficina Asesora de Control Interno. | Se evidencia cronograma de informes y de los reportes, sin embargo, los soportes remitidos corresponden al tercer trimestre de 2025. |
| Riesgo 2. Posibilidad de incumplir los objetivos y las metas misionales debido a la desarticulación entre PEI, PDI, POAI, plan de acción y ejecución presupuestal. | Actividad No. 1 El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa y actualiza los procedimientos relacionados, estableciendo claramente las autoridades, responsabilidad y conductos regulares. | Si bien es cierto se finalizó la capacitación de la norma técnica de calidad ISO 21001:2019 SGO, la misma no ha sido implementada en la IES Por otro lado, se continuó con la revisión y actualización de los documentos SIG de todos los procesos. Es de anotar que cada uno de los procesos debe terminar el ejercicio de actualización documental aplicando los instrumentos diseñados y socializados por el consultor. |
| | Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación promueve la capacitación del personal pertinente sobre la elaboración y diligenciamiento de las herramientas de planeación. | Si bien es cierto se finalizó la capacitación de la norma técnica de calidad ISO 21001:2019 SGO, la misma no ha sido implementada en la IES Por otro lado, se continuó con la revisión y actualización de los documentos SIG de todos los procesos. Es de anotar que cada uno de los procesos debe terminar el ejercicio de actualización documental aplicando los instrumentos diseñados y socializados por el consultor. |
| Riesgo 3. | Actividad No. 1. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realiza la divulgación, el | |



CIN.101

| | | |
|--|--|--|
| Posibilidad de Incumplir los objetivos y las metas misionales debido a la falta de ejecución de la planeación estratégica (POAI, Plan de acción, proyectos). | seguimiento y el control del Plan de Desarrollo Institucional, en todos los niveles de la organización. | Sin avance durante el trimestre evaluado Actividad en proceso. |
| | Actividad No.2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación monitorea cumplimiento de metas de los indicadores del Plan de Desarrollo Institucional. | |

➤ **RIESGO DE CORRUPCIÓN - DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|--|--|
| Riesgo 1. Posibilidad de solicitar o aceptar dadas, a nombre propio o de terceros por Incluir en el PDI o POAI proyectos que no estén alineados con la estrategia institucional con el propósito de favorecer a terceros. | Actividad No. 1 El jefe de la Oficina Asesora de Planeación promueve reuniones de viabilización de proyectos para someterlos a aprobación, con el objetivo de evaluar su alineación con el PDI y/o actividades del POAI. | Se evidencia acta del comité de Gestión y Desempeño, donde se socializaron los planes institucionales de la vigencia 2025 a los líderes del Comité y resolución rectoral por medio de la cual fueron adoptaron los mismos. |
| | Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realiza informe sobre control de cumplimiento de estrategias planteadas en el POAI o PDI. | Sin avance durante el trimestre evaluado Actividad en proceso. |

Analizadas las evidencias aportadas por el Proceso de Direccionamiento Estratégico, se observó debilidad en el cumplimiento de algunas de las actividades establecidas como, el monitoreo de cumplimiento de metas de los indicadores del Plan de Desarrollo Institucional o la realización de informe sobre el control de cumplimiento de estrategias planteadas en el POAI o PDI, lo anterior debido a retrasos en la entrega de la información por parte de algunas áreas involucradas, de acuerdo a lo expresado por miembros del proceso, evidenciando un avance de cumplimiento de las actividades del 50% durante el trimestre evaluado.

5.1.2 MEJORA CONTINUA.

Este proceso cuenta con tres (3) riesgos de gestión y 1 de corrupción, determinados al interior de la dependencia.

➤ **RIESGOS DE GESTION:** En el seguimiento, verificación y evaluación se tiene lo siguiente:



CIN.101

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|---|--|
| <p>Riesgo 1. Posibilidad de no lograr acreditaciones estándar del SIG debido al incumplimiento del plan de trabajo y a la falta de apoyo logísticos (humano, económico, tecnológico, etc.)</p> | <p>Actividad No. 1 El jefe de la Oficina Asesora de Planeación, con apoyo de los líderes de cada proceso, construye planes de acción y mejoramiento; con seguimiento a la formulación (actividades, cronogramas y responsables).</p> | <p>Si bien es cierto se finalizó la capacitación de la norma técnica de calidad ISO 21001:2019 SGO, la misma no ha sido implementada en la IES</p> <p>Cada uno de los procesos debe terminar el ejercicio de actualización documental aplicando los instrumentos diseñados y socializados por el consultor.</p> <p>Sin embargo, no se evidencia Planes de Mejoramiento, ni planes de acción, como establecen los soportes.</p> |
| | <p>Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación diseña, solicita e implementa herramientas que permitan realizar el monitoreo y el seguimiento al cumplimiento de los objetivos en las diferentes etapas del proyecto de acreditación.</p> | <p>Si bien es cierto se finalizó la capacitación de la norma técnica de calidad ISO 21001:2019 SGO, la misma no ha sido implementada en la IES</p> <p>Cada uno de los procesos debe terminar el ejercicio de actualización documental aplicando los instrumentos diseñados y socializados por el consultor.</p> <p>Sin embargo, no se evidencia Planes de Mejoramiento, ni planes de acción, como establecen los soportes.</p> |
| <p>Riesgo 2. Posibilidad de gestión ineficiente de procesos y procedimientos por una inadecuada gestión documental.</p> | <p>Actividad No. 1 El jefe de la Oficina Asesora de Planeación programa jornadas de revisión y actualización de documentos cada 2 años.</p> | <p>Se observa listado maestro con la documentación vigente.</p> |
| | <p>Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación promueve la socialización de los documentos actualizados al personal por parte de los líderes de procesos.</p> | <p>Si bien es cierto se finalizó la capacitación de la norma técnica de calidad ISO 21001:2019 SGO, la misma no ha sido implementada en la IES</p> <p>Cada uno de los procesos debe terminar el ejercicio de actualización documental aplicando los instrumentos diseñados y socializados por el consultor.</p> |
| <p>Riesgo 3. Posibilidad de Incumplir el programa de auditorías de calidad por falta de recursos de apoyo institucionales (humano, económico, tecnológico, etc.)</p> | <p>Actividad No. 1. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación promueve la ejecución de auditorías de calidad en conjunto con el área de Control Interno.</p> | <p>No se evidencia plan anual de auditorías, ni ejecución del mismo, por otro lado, no se cuenta con medios de comunicación establecidos para la retroalimentación de novedades</p> |
| | <p>Actividad No. 2 El jefe de la Oficina Asesora de Planeación establece los medios de comunicación para la retroalimentación de novedades que puedan afectar la ejecución del</p> | |



CIN.101

| | | |
|--|--|--|
| | Plan de auditorías para la toma oportuna de decisiones | |
|--|--|--|

➤ **RIESGO DE CORRUPCIÓN - MEJORA CONTINUA:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|--|
| Riesgo 1. Posibilidad de solicitar o aceptar dádivas, a nombre propio o de terceros, para hacer una gestión indebida de la gestión documental de la institución. | Actividad No. 1 El jefe de la Oficina Asesora de Planeación promueve la revisión periódica del procedimiento para el Control de Documentos y Registros. | Se evidencia registro de asistencia a comité de Gestión y Desempeño. Procedimientos de Control de Documentos aprobado |
| | Actividad No. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento a los niveles de acceso al sistema SIG. | No se evidencia reporte de seguridad sobre los niveles de acceso al sistema SIG. |
| | Actividad No. 3. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento al registro de la documentación aprobada y sus versiones frente a la documentación en el sistema. | Se observa el listado maestro, sin embargo, no se evidencia Inventario de la documentación aprobada y sus diferentes versiones |

Analizadas las evidencias de Mejora Continua, la **Oficina de Control Interno** observó el desarrollo de actividades encaminadas al cumplimiento de los controles del mapa de riesgos. Sin embargo, no se evidencia la ejecución de auditorías de calidad ni la existencia de medios de comunicación para la retroalimentación de novedades; aspectos necesarios para la ejecución del Plan de Auditorías y la toma oportuna de decisiones, conforme a las actividades 1 y 2 del riesgo 3, evidenciando un avance de cumplimiento de las actividades del 52% durante el trimestre evaluado.

5.2. PROCESOS MISIONALES

5.2.1. DOCENCIA

Este proceso cuenta con seis (6) de gestión y dos (2) riesgos de corrupción determinados al interior de la dependencia.



CIN.101

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| <p>Riesgo 1. Posibilidad de escalamiento de las medidas preventivas por parte del MEN, así como de incurrir en sanciones disciplinarias debido a la no realización del proceso de formalización docente.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Director(a) del proceso convoca la Sub mesa técnica principal conformado por representantes de las juntas directivas de ASPUC y Sintraunicol, secretario General. trabajo, para definir actividades de planificación, ejecución seguimiento y control en pro de la implementación del proceso de formalización laboral. 2. El Director(a) del proceso convoca conformación de la submesa técnica del proceso de formalización y cronograma. 3. Presentación de la línea base y metodología del proceso. 4.El Director(a) del proceso convoca incorporación de la guía de la función pública de la formalización laboral a la ruta de formalización docente y la socialización del instrumento. | <p>Durante el presente seguimiento se evidencian actividades como reunión de Sub mesas técnica de formalización del 11 de noviembre, con el objetivo de Revisar el avance del Estudio Técnico de Formalización Laboral, exponer la preocupación por el retraso en la construcción del componente administrativo y definir acciones y acuerdos para garantizar la entrega del documento final, actividad en proceso.</p> |
| <p>Riesgo 2. Posibilidad de incumplir los objetivos de acreditación institucional y de programas académicos debido a la no aplicación del "Decreto 1330 de 2019 capítulo 2." en lo referente a los procesos de renovación de registros calificados).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Director(a) del proceso ofrece capacitación a un equipo de docentes sobre registro calificado. 2. El Director(a) del proceso Vigilancia y control del SACES 3. El Director(a) del proceso Construcción de recursos de reposición 4. El Director(a) del proceso asigna horas a los docentes para apoyar los registros calificados. | <p>Se evidencia desarrollo de actividades encaminadas al logro de la acreditación institucional, así como la aprobación de renovación y modificación de registros calificados de programas académicos como ANI y TCC, respectivamente, además de seguimiento al SACES</p> |
| <p>Riesgo 3. Posibilidad de incumplir los objetivos de acreditación institucional y de programas académicos debido a la no aplicación del "Acuerdo 003/2009" en lo referente al capítulo IV (medición y procedimiento) .</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Director(a) del proceso verifica la posibilidad de implementar un formato de evaluación de desempeño docente con relación al plan de trabajo. 2. El Director(a) del proceso desarrolla una prueba piloto con el propósito de ajustar las debilidades en el proceso | <p>Durante el presente seguimiento se evidencia informes de encuesta 360 a los docentes de los programas académicos de la IES</p> |



CIN.101

| | | |
|--|---|---|
| | <p>académico.</p> <p>3. El Director(a) del proceso presenta el formato de evaluación del desempeño docente ante el comité interinstitucional de gestión y desempeño.</p> | |
| <p>Riesgo 4. Posibilidad de incumplimiento de las actividades del Proceso de académicos por falta de cumplimiento del plan de acción.</p> | <p>1. El Director(a) del proceso de Docencia elabora y ejecuta la matriz de planeación de Gestión Académica.</p> <p>2. El Director(a) del proceso de Docencia promueve la inclusión de actividades de la Matriz de planeación de Gestión Académica en el Presupuesto de la Universidad.</p> <p>3. El Profesional de Apoyo designado realiza el seguimiento semestral al reporte de las asignaciones académicas en la herramienta manual o tecnológica.</p> <p>1. Los auxiliares de ayudas audiovisuales realizan el registro permanente de las salidas y entradas de los equipos y materiales del área diligenciado el formato aprobado para tal fin.</p> | <p>Se adjuntan los soportes establecidos para el cumplimiento de las actividades planteadas tales como: El presupuesto (POAI) y Plan de Acción de la Dirección Académica.</p> <p>Se observan las asignaciones académicas de los programas con las asignaturas a dictar en el semestre, los ejes misionales a cumplir y las tareas académico- administrativas que se dan en el programa.</p> |
| <p>Riesgo 5. Posibilidad de multas y sanciones por la tardanza de la Dirección y Miembros del CIARP en entregar la información a la alta dirección para la asignación de Puntos y Pago de Bonificaciones.</p> | <p>1. El Director(a) del proceso de Docencia promueve la aprobación del reglamento donde se establece el funcionamiento del CIARP, el reconocimiento de puntos y el pago de bonificación a los Docentes.</p> <p>2. El Director del proceso de Docencia establece las fechas de reuniones y recibo de Información del CIARP.</p> | <p>Se evidencia el Acuerdo Superior No. 200 del 19 de diciembre de 2024 "por medio del cual se establecen las categorías y asignación de puntos para los docentes ocasionales y catedráticos" y solicitud de puntos de los docentes por programas.</p> <p>2- Se evidencia certificado de la designación de los directores de programa que harán parte del Comité del CIARP para la vigencia 2025-2027.</p> <p>Se evidencia categorización de los docentes de los diferentes programas académicos, al igual que Resolución de categorización de reconocimiento y asignación de puntos salariales conforme a la normatividad vigente.</p> |
| <p>Riesgo 6. Posibilidad de reprocesos y gestión</p> | <p>1. El Director del proceso de Docencia promueve el cumplimiento</p> | <p>Se observan los documentos</p> |



CIN.101

| | | |
|--|---|--|
| <p>ineficiente de procesos y procedimientos por una inadecuada gestión documental.</p> | <p>de los procedimientos y el uso de los formatos del Sistema Integrado de Gestión actualizados.</p> <p>2. El Director(a) del proceso de Docencia solicita la implementación de recursos tecnológicos, así como las respectivas capacitaciones para facilitar la gestión documental al interior del proceso</p> | <p>institucionalizados en el SIGC para las unidades académicas: caracterización, procedimientos, guías y formatos del proceso.</p> <p>Se evidencia informe de organización del archivo y la creación de una base de datos de correspondencia externas e internas. Se avanzó en la elaboración del archivo con las nuevas carpetas blancas de 4 alas.</p> |
|--|---|--|

➤ **RIESGO DE CORRUPCIÓN - DOCENCIA:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|--|
| <p>Riesgo 1. Posibilidad de recibir sobornos, a nombre propio o de terceros, para la alteración de notas o entregas de actividades en las plataformas educativas.</p> | <p>Actividad No. 1 El Director del Proceso de Docencia verifica las actividades realizadas en la plataforma por los administradores.</p> | <p>Actividad cumplida, se observa certificación del manejo de los usuarios, identificando que no hubo sucesos malintencionados, eventos maliciosos o suplantación con el registro o actualización de la información académica en la plataforma.</p> |
| | <p>Actividad No. 2. El Director del Proceso de Docencia verifica el estado de los códigos de seguridad y canales de acceso a la plataforma.</p> | <p>Se evidencia documento donde se relacionan nombres del rol, descripción y usuarios.</p> |
| <p>Riesgo 2. Posibilidad de emitir resoluciones a favor de estudiantes y docentes para apoyo económico de forma indiscriminada y diferente.</p> | <p>Actividad No. 1 El Director del Proceso de Docencia socializa y difunde las condiciones y montos para otorgar los apoyos económicos.</p> | <p>Se observa Acuerdo 023 superior de 2017" <i>Por el cual se establecen políticas, criterios y procedimientos para que docentes de carrera de la universidad del Pacífico accedan a la comisiones de estudio y estancias de investigación</i>".</p> |
| | <p>Actividad No. 2. El Director del Proceso de Docencia verifica la aplicación del Reglamento las comisiones de estudio de los Apoyos Económicos.</p> | <p>Se evidencia relación de docentes beneficiarios del convenio CIDESCO que cursan maestría</p> |

Tras analizar las evidencias del proceso de Docencia, la Oficina de Control Interno validó la ejecución de las actividades definidas en el mapa de riesgos. Se destacan avances en la categorización docente, la resolución de puntos y la acreditación institucional. Asimismo, se cumplió con la renovación de registros calificados para los programas ANI y TCC, y el seguimiento al SACES. No obstante, se identificaron debilidades en el progreso de la sub-mesa técnica de formalización, evidenciando un avance de cumplimiento de las actividades del 89% durante el trimestre evaluado.



CIN.101

5.2.2. INVESTIGACIÓN

Este proceso cuenta con dos (2) riesgos de gestión y tres (3) riesgos de corrupción determinados al interior de la dependencia, en el seguimiento y verificación se tiene lo siguiente:

- **RIESGOS DE GESTION - INVESTIGACIÓN:** En el seguimiento, verificación y evaluación se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|---|---|
| Riesgo 1. Posibilidad de no reconocimiento de la producción generada por falta de difusión en medios internos y externos de divulgación científica. | Actividad No. 1 El Profesional de apoyo designado, verifica que la información aportada por los investigadores cumpla con los criterios de visibilización establecidos por MINCIENCIAS y sello editorial (UNIPACÍFICO). Posteriormente, el Profesional de Apoyo designado registra la información validada en las plataformas para la visibilización de la producción científica. | Se evidencia formulario de registro de autores de Editorial para procesar derechos de autor y solicitudes de ISBN |
| | Actividad No. 2. El Director de Investigaciones supervisa el registro adecuado de la producción científica en las respectivas plataformas de visibilización. | Se evidencia certificado de las obras financiadas y editadas por la IES... |
| Riesgo 2. Posibilidad de incumplimiento de los compromisos establecidos entre el docente investigador y la Dirección de Investigaciones en la gestión de productos de investigación (proyectos, artículos, publicaciones entre otros.) | Actividad No. 1 El Director de Investigaciones solicita a los programas académicos y departamentos las asignaciones académicas de las docentes aprobadas por los directores con la finalidad de revisar las horas de investigación que fueron asignadas a los docentes. | Durante este trimestre no se evidenció solicitud de asignación de horas. |
| | Actividad No. 2 Se realiza revisión de las horas de investigación asignadas con los compromisos establecidos para cada docente, con la finalidad de realizar seguimiento y control de las actividades y compromisos. | No se evidencian planes de acción, informes de actividades de seguimiento. |



CIN.101

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Actividad No. 3 Al final del semestre el Director General de Investigaciones solicita a los docentes investigadores los entregables de los compromisos adquiridos con las horas de investigación que les fueron asignadas. Con la finalidad de verificar su cumplimiento.</p> | <p>No se evidencian informes de seguimientos de las tareas asignadas ejecutadas durante el presente seguimiento, sin embargo, se publicaron diferentes tipos de libros manuales pedagógicos de los docentes de la Universidad del Pacífico con la editorial Dike. .</p> |
|--|---|---|

RIESGO DE CORRUPCIÓN- INVESTIGACIÓN:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| <p>Riesgo 1. Avalar información fraudulenta y no sustentable en el GrupLAC.</p> | <p>El profesional de apoyo a los grupos de investigación realiza gestiones de capacitación, revisión de CvLAC, GrupLAC y revisión del proceso de revisión y otorgamiento de avales por parte del Director de Investigaciones.</p> | <p>Se observa listado de asistencia y registros fotográficos de capacitación al nuevo programa de Sociología dirigida al grupo de investigación Educación, Juventud y Región, con la finalidad de actualizarlos en temas de medición y categorización de Minciencias.</p> |
| <p>Riesgo 2. Adjudicación indebida de propiedad intelectual ajena, en las publicaciones (artículos, libros, etc.) y en la formulación de proyectos.</p> | <p>Actividad No. 1 El Director de Investigaciones vigila que se cumpla lo establecido e implementado en la Política para la gestión de la propiedad intelectual.</p> | <p>Se evidencian algunos Formatos de la editorial Dike para realizar proceso de registro de obra.</p> |
| <p>Riesgo 3 Uso indebido de recursos asignados para realizar las investigaciones</p> | <p>Actividad No. 1 El Director General de Investigaciones firma acuerdos de cumplimiento de compromisos y buen manejo de los recursos financieros con los docentes que les asignan dineros para la ejecución de proyectos y planes de trabajo, en adición y de acuerdo al monto se establecen pólizas de manejo, como mecanismos y procesos de prevención, monitoreo y control en la ejecución de actividades de investigación.</p> | <p>Se evidencian correos electrónicos y oficios de entrega de recursos, además de oficios de remisión de legalización, dirigidos a tesorería.</p> |



CIN.101

Analizadas las evidencias suministradas por el proceso de Investigación, la **Oficina de Control Interno** observó el desarrollo de actividades encaminadas al cumplimiento de los controles del mapa de riesgos, con relación a reconocimiento de la producción científica, uso de recursos asignados para realizar investigaciones, capacitaciones y otras actividades descritas en este informe, no obstante se evidencia debilidad en el cumplimiento de actividades de control como la revisión de las horas de investigación, planes de acción o informes de actividades de seguimiento, evidenciando un avance de cumplimiento de las actividades del 90% durante el trimestre evaluado.

5.2.3 PROYECCIÓN SOCIAL.

Este proceso cuenta con tres (3) riesgos de gestión y dos (1) riesgos de corrupción determinados al interior de la dependencia, en el seguimiento y verificación se tiene lo siguiente:

- **RIESGOS DE GESTIÓN- PROYECCIÓN SOCIAL:** En el seguimiento, verificación y evaluación se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| Riesgo 1. Posibilidad de accidentes laborales debido a las condiciones inadecuadas condiciones locativas | Actividad No. 1 Reportar periódicamente sobre el estado de las instalaciones locativas, a la DAF, seguridad y salud en el trabajo, control interno y a la alta dirección. | Durante el trimestre no se presentaron avances en la adecuación de las instalaciones. A espera de la dependencia al campus universitario. |
| Riesgo 2. Posibilidad de incumplimiento de las actividades de Proyección Social, por no contar con los recursos logísticos físicos, humanos y materiales para el desarrollo del plan de acción | Actividad No. 1 El Directora de Proyección Social solicita capacitación sobre el procedimiento de adquisición de bienes y servicios a la DAF una vez por semestre. Actividad No. 2 1. El Director de Proyección Social elabora los estudios de conveniencia y CDP con base en el procedimiento de adquisición de bienes y servicios 2. El Director de Proyección Social gestiona recursos para el cumplimiento de proyectos y actividades. | Sin avances durante el presente seguimiento |
| Riesgo 3. | Actividad No. 1 | Durante el seguimiento no se evidencia |



CIN.101

| | | |
|---|--|---------------------|
| Posibilidad de afectación económica e institucional por el incumplimiento de los objetivos del proceso de proyección social, debido a la no aplicación de las políticas y los procedimientos. | El Director de Proyección Social liderará la actualización de la documentación del sistema integrado de gestión (Políticas, caracterización, procedimientos, formatos y demás instrumentos necesarios para prestar los servicios de proyección social) | soportes de avances |
| | Actividad No. 2 Los coordinadores promoverán permanentemente el uso correcto de los procedimientos, formatos y demás documentos SIG del proceso ante los usuarios internos y externos | |

RIESGOS DE CORRUPCIÓN - PROYECCIÓN SOCIAL:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| Riesgo 1. Posibilidad de solicitar o aceptar una dádiva, a nombre propio o de terceros, para influir en la adjudicación de contratos, convenios y/o en el acceso a los servicios de Proyección Social. | <p>Actividad No. 1 El Director de Proyección Social elaborará los estudios de conveniencia y las CDP con base en el procedimiento de adquisición de bienes y servicios.</p> <p>Actividad No. 2 Los Coordinadores de cada área garantizan el cumplimiento de los respectivos procedimientos para la prestación de los servicios y la adjudicación de beneficios de Proyección Social.</p> | Se ejecutaron las actividades aprobaron en los estudios de conveniencia para la Coordinación de Relaciones Interinstitucionales e Intersectoriales, Grupos Étnicos, Incidencia Gobernanza y Construcción de Paz, Oficina de Gestión Empresarial, Egresados, encuentros empresariales, sin embargo, no se anexan soportes de cumplimiento. |

La falta de soportes que evidencien el cumplimiento de las actividades durante el trimestre evaluado, limitó el proceso de evaluación y seguimiento realizada por la Oficina Asesora de control interno, por lo anterior se evidencio un avance de actividades del 20% durante el trimestre.

5.3. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS Y APOYO



CIN.101

5.3.1. BIENESTAR UNIVERSITARIO

Este proceso cuenta con dos (2) riesgos de gestión y dos (2) riesgos de corrupción determinados al interior de la dependencia

- **RIESGOS DE GESTION:** En el seguimiento, verificación y evaluación a Bienestar Universitario se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| <p>Riesgo 1. Posibilidad de incumplimiento de las actividades de Bienestar Universitario por no contar con los recursos logísticos, físicos, humanos y materiales para el desarrollo de las actividades de Bienestar Universitario</p> | <p>La Directora de Bienestar con apoyo de los coordinadores de cada área de Bienestar elaboraran los estudios de conveniencia y las SDP con base en el procedimiento de adquisición de bienes y servicios.</p> | <p>Se observa matriz de seguimiento a SDP de las actividades programadas para el periodo, las cuales se encuentran en ejecución</p> |
| <p>Riesgo 2. Posibilidad de daños y pérdidas de los materiales por condiciones inadecuadas de almacenamiento de los elementos deportivos, artísticos y culturales.</p> | <p>Actividad No. 1 El almacenista de Bienestar Universitario registra la entrada y salida diaria de todos los elementos deportivos, artísticos y culturales que presta a la comunidad universitaria.</p> | <p>En este trimestre se observan los formatos de entrada y salida de los implementos deportivo, arte y cultura que tramitan lo almacenistas, cabe mencionar que dicho formato no cuenta con aprobación de calidad</p> |
| | <p>Actividad No. 2 El almacenista realiza reporte mensual del inventario de los elementos deportivos, artísticos y culturales con los que cuenta Bienestar Universitario.</p> | <p>Se observa informes de estado del inventario de deporte, arte y cultura del trimestre evaluado. Por otro lado, los informes de arte y cultura, no cuentan con la firma de la coordinadora.</p> |
| | <p>Actividad No. 3 El Coordinador del Área verifica semestralmente el estado del inventario.</p> | <p>Se evidencia informes de inventario del periodo evaluado, sin embargo, el informe de arte y cultura no cuenta con la firma de la coordinadora.</p> |
| | <p>Actividad No. 4 la Directora de Bienestar verifica</p> | <p>No se evidencia desarrollo de esta actividad</p> |



CIN.101

| | | |
|--|---|---|
| | anualmente el estado del inventario de los implementos deportivos, artísticos y culturales y expide paz y salvos correspondientes. | |
| | Actividad No. 5 La Directora de Bienestar Universitario solicitará a la Dirección Administrativa y Financiera la adjudicación de un espacio que cumpla con las condiciones de almacenamiento de los elementos deportivos, artísticos y culturales | No aportan las evidencias del control durante este trimestre. |

➤ **RIESGOS DE CORRUPCIÓN - BIENESTAR UNIVERSITARIO:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|---|--|
| Riesgo 1. Posibilidad de solicitar o aceptar una dádiva para influir en la adjudicación de contratos, en la adjudicación de incentivos y /o en el acceso a los servicios de Bienestar. | Actividad No. 1 La Directora de Bienestar con apoyo de los coordinadores de cada área de Bienestar elaboraran los estudios de conveniencia y las SDP con base en el procedimiento de adquisición de bienes y servicios. | Se observa matriz de seguimiento a SDP de las actividades programadas para el periodo, las cuales se encuentran en ejecución |
| | Actividad No. 2 Los Coordinadores de cada área garantizan el cumplimiento del debido proceso estipulado para cada servicio o para la adjudicación de los incentivos. | Se relaciona Convocatoria ICETEX dirigida específicamente a la población LGTBIQ+ y a personas con discapacidad llamada (EDUMINIGUALDAD), sin soportes de cumplimiento. |
| Riesgo 2. Posibilidad de solicitar dadivas por el uso y el acceso a los servicios y diferentes recursos logísticos con los que cuenta Bienestar Universitario. | Actividad No. 1 La Directora de Bienestar solicitará capacitaciones al personal sobre política de integridad e implicaciones legales sobre la incurrancia de corrupción. | Durante este trimestre se relaciona la participación en la capacitación en "Corrupción y Transparencia" |

Analizadas las evidencias aportadas por el Proceso de Bienestar Universitario, la Oficina Asesora de Control Interno observó el seguimiento de las actividades de control descritas en el mapa de riesgos, no obstante, se identificaron soportes que carecen de formalidad, se evidencia un cumplimiento del 88% de ejecución de las actividades.

5.3.2. GESTIÓN DE APOYO



CIN.101

Este proceso cuenta con cuatro (4) riesgos de gestión y tres (3) riesgos de corrupción determinados al interior de la dependencia.

- **RIESGOS DE GESTION- GESTIÓN DE APOYO:** En el seguimiento, verificación y evaluación se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| Riesgo 1. Posibilidad de obtener multas y sanciones debido a la presentación de Informes Extemporáneos | Actividad No. 1 El contador(a) revisar periódicamente el cronograma de rendición de cuentas, calendario tributario, entre otros. | Se evidencia el cronograma formato para el control de informes a entes externos, sin embargo, los soportes no evidencian la ejecución del mismos. |
| | Actividad No. 2 Los jefes del proceso financiero (contabilidad, tesorería, presupuesto) realizan el registro adecuado de todas las transacciones contables y financieras. | No aportan las evidencias del control durante este trimestre. |
| Riesgo 2. Posibilidad de obtener multas y sanciones debido a la falta de registro de hechos económicos | Actividad No. 1 Los jefes del proceso financiero (contabilidad, tesorería, presupuesto) verifican periódicamente el estado de los costos, gastos e ingresos | No aportan las evidencias del control durante este trimestre. |
| | Actividad No. 2 Los jefes del proceso financiero (contabilidad, tesorería, presupuesto, almacén y división de desarrollo de personal) realizarán la verificación y el seguimiento a los registros contables. | No aportan las evidencias del control durante este trimestre. |
| Riesgo 3. Posibilidad de obtener multas y sanciones debido a la falta de registro de hechos económicos | Actividad No. 1 El Director Administrativo y Financiero promueve la socialización de estatutos, el manual de Contratación y el procedimiento de adquisición de bienes y servicios. | Se observa procedimiento para adquisición de bienes y servicios, así como listado de asistentes a la sesión de socialización de Procedimiento de Adquisición de Bienes y Servicios. |
| | Actividad No. 2 El Director Administrativo y Financiero promueve la sensibilización a los líderes de los ejes y jefes de dependencias del incumplimiento de la contratación sin los requisitos. | |
| Riesgo 4. | Actividad No. 1 | Se evidencia soporte de la verificación de |



CIN.101

| | | |
|---|---|---|
| Posibilidad de obtener multas y sanciones debido al pago Concepto de Nomina No Justificados | Realizar verificación a la totalidad de los conceptos liquidados en la nómina por el responsable, previo al cierre de ésta. | las nóminas mensuales. |
| | Actividad No. 2 Realizar revisión y análisis de la nómina por la Coordinación Financiera a los conceptos liquidados previo al pago. | Por otra parte, no se observa informe de análisis por parte de la coordinación financiera a los conceptos liquidados en el periodo. |

RIESGOS DE CORRUPCIÓN- GESTIÓN DE APOYO:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|--|--|
| Riesgo 1. Posibilidad de solicitar o aceptar dadas, a nombre propio o de terceros durante los procesos de selección de Proveedores y/o Contratistas. | Actividad No. 1 El Asesor Jurídico de Contratación verificar el cumplimiento del proceso establecido en el manual o guía para realización de convocatorias e invitaciones públicas. | Se observa proceso contractual de prestación de servicio de acuerdo a la normatividad. |
| | Actividad No. 2 El Director Administrativo y Financiero verifica el seguimiento al cumplimiento de los contratos de Proveedores y/o Contratista Seleccionados. | Se observa informe general de contrato de prestación de servicio |
| Riesgo 2. Posibilidad de solicitar o aceptar dadas, a nombre propio o de terceros por manipular información financiera, presupuestal y contable de forma dolosa | Actividad No. 1 El Director Administrativo y Financiero promueve la realización del Cronograma de Capacitación de Software Contable y Presupuestal. | Se relaciona cumplimiento del mismo, sin embargo, no se presentan evidencias que soportes |
| | Actividad No. 2 El Jefe de Sistemas definir roles y permisos en el Software Contables y Presupuestal según el requerimiento del Director Administrativo y Financiero | Se evidencia roles y personal en el software contables, expedido por el jefe de la oficina de sistema. |
| Riesgo 3. Posibilidad de realizar acciones dolosas, a nombre propio o de terceros durante la ejecución de contratos. | Actividad No. 1 El Director Administrativo y Financiero promueve la realización del Cronograma de Capacitación sobre Procedimientos y Reglamentación de Contrataciones. | Se observa cronograma de capacitación sobre procedimientos y reglamentación en contratación. |
| | Actividad No. 2 El Director Administrativo y Financiero verifica el cumplimiento de manual y la adecuada designación y evaluación de supervisores, expertos técnico o interventores. | Se evidencian informes de supervisión a contratación. |



CIN.101

Una vez analizadas las evidencias aportadas por el Proceso de Gestión de Apoyo, la Oficina Asesora de Control Interno observó las actividades de control descritas en el mapa de riesgo, no obstante, se identificó debilidad en el suministro de evidencia que soportes el cumplimiento de las actividades, en ese orden de ideas se evidencia un cumplimiento del 63.5% de ejecución de las actividades

5.3.3. SEGURIDAD DIGITAL.

Este proceso cuenta con cuatro (4) riesgos de gestión determinados al interior de la dependencia.

- **RIESGOS DE GESTION:** En el seguimiento, verificación y evaluación de Seguridad Digital se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|---|--|
| Riesgo 1. Pérdida de la Disponibilidad. | Actividad No. 1 Capacitar periódicamente a la Comunidad Universitaria sobre la utilización y adecuada operación de los equipos de cómputo, con el fin de evitar fallas en el funcionamiento de estos. | Se evidencia registro de asistencia de inducción y reinducción sobre actualización tecnológica, mantenimiento de equipo de cómputo sistema y tecnología |
| | Actividad No. 2 Cumplimiento del Programa de Mantenimiento del Sistema de Información. | Se evidencia desarrollo del programa de mantenimiento del sistema de información. |
| Riesgo 2. Pérdida de la Integridad | Actividad No. 1 Colocar elementos de protección a los equipos de cómputo | No aportan las evidencias del control. |
| | Actividad No. 2 Ubicación adecuada de los equipos de cómputo para evitar el deterioro | No aportan las evidencias del control. |
| Riesgo 3. Pérdida de la Disponibilidad | Actividad No. 1 Realizar plan de renovación de equipos informáticos obsoletos por año | Refieren la aprobación por parte del consejo superior del plan de adquisición y renovación de equipos de cómputo, sin embargo, no se aportan las evidencias. |
| | Actividad No. 2 Realizar plan de adquisición anual de equipos nuevos informáticos, de acuerdo a las necesidades solicitadas y justificadas a las oficinas de: mantenimiento informático, Compras y almacén y a la DAF | Relacionan la renovación de 1 salas de sistemas con equipos de última tecnología, sin embargo, no se aportan las evidencias. |



CIN.101

| | | |
|--|---|--|
| Riesgo 4. Perdida de la Confidencialidad | Actividad No. 1 Realizar auditoria del buen funcionamiento del Antivirus | Para el trimestre no se reportan por parte de los funcionarios y docentes anomalías con el funcionamiento del antivirus, sin embargo no se aporta informe del funcionamiento como lo establece la evidencia. |
| | Actividad No. 2 Establecer sistemas de alarmas por caducidad de suscripción a Antivirus | En el trimestre se planea la renovación de las licencias de antivirus para lo cual ya se tiene un recurso financiero, no se aportan las evidencias. |

La Oficina Asesora de Control Interno identificó que el proceso de Seguridad Digital contempla actividades como la auditoría del antivirus y el plan anual de renovación tecnológica. No obstante, la ausencia de evidencias documentales sobre su ejecución impide una evaluación efectiva de los riesgos asociados, en ese orden de ideas se evidenció un cumplimiento del 50% de avance.

5.4. PROCESO DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

5.4.1. CONTROL INTERNO.

➤ **RIESGOS DE GESTIÓN:** En el seguimiento, verificación y evaluación se tiene lo siguiente:

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|---|--|---|
| Riesgo 1. Posibilidad de enfrentar procesos administrativos y/o disciplinarios por presentar informes inexactos debido a documentación deficiente suministrada por los diferentes procesos y/o mala interpretación del auditor. | Actividad No. 1 El Jefe de Control Interno, solicita a la División de Desarrollo de Persona, incluir en el Plan Institucional de Capacitación (PIC), capacitaciones en temas que fortalezcan el quehacer de la oficina de Control Interno. | Se participó de capacitación sobre mapas de riesgos y programa de formación de auditores en sistema de gestión integrados HSEQ. |
| | Actividad No. 2 El jefe de control interno revisará los informes antes de ser publicado y enviado a los líderes de procesos con el propósito de asegurar la entrega de informes precisos, objetivos, claros, concisos, constructivos, completos y oportunos. | Se evidencian los informes firmados por el jefe de Control Interno. |
| | Actividad No. 3 El jefe de la Oficina de Control Interno, remitirá los informes de ley a la Alta Dirección en aras que los mismos sean revisados para su conocimiento y fines pertinentes. | Se observa remisión de informes a la alta dirección y publicación en la página web institucional. |



CIN.101

| | | |
|--|--|--|
| <p>Riesgo 2. Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad debido al Incumplimiento del plan anual de auditorías</p> | <p>Actividad No. 1 El Jefe de Control Interno hace seguimiento del Plan anual de Auditorías, que se cumplan los tiempos establecidos en el plan</p> | <p>El Plan Anual de Auditoría 2025 aprobada mediante Acta No. 001 del 30 de enero de 2025, se ejecutó de acuerdo con lo programado. se evidencia informes finales de las auditorías internas a los procesos establecidos</p> |
|--|--|--|

➤ **RIESGOS DE CORRUPCIÓN:**

| RIESGOS | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES |
|--|---|--|
| <p>Riesgo 1. Posibilidad de afectación reputacional por la modificación indebida de informes de auditoría con el fin de beneficiar un tercero</p> | <p>El jefe de la Oficina de Control Interno, revisa antes de hacer entrega al auditado el informe preliminar y/o definitivo elaborad, con el fin de asegurar la adecuada estructuración del mismo. En caso de ser necesario lo devuelve al líder de la auditoría para las modificaciones requeridas</p> | <p>Se evidencia informes finales de las auditorías programadas en el plan anual de auditoría vigencia 2025</p> |

Tras analizar las evidencias obtenidas en la etapa de evaluación y seguimiento, se constató que las actividades de control establecidas en el mapa de riesgos se ejecutaron satisfactoriamente, sin embargo, se evidencio debilidad en el desarrollo de las capacitaciones desarrolladas por el área, en ese orden de ideas se evidencio un nivel de cumplimiento del 95%.

6. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno (OCI), en cumplimiento de las Leyes 1474 de 2011 y 1712 de 2014, y bajo los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos, evaluó el monitoreo realizado por la Oficina Asesora de Planeación con corte al 30 de diciembre de 2025. Tras analizar los 78 controles aplicados a los 40 riesgos de gestión y corrupción, se concluye que no hubo materialización de riesgos durante el periodo evaluado.

7. RECOMENDACIONES

Como resultado del seguimiento y evaluación periódica a los controles definidos en el Mapa de Riesgos, se han identificado oportunidades clave para fortalecer la gestión institucional. Las siguientes recomendaciones tienen como propósito fundamental sugerir acciones de mejora



CIN.101

que permitan mitigar la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

- Reiterar la importancia de actualizar la Política de Gestión del Riesgo teniendo en cuenta la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 07 de agosto de 2025”.
- Reiterar la necesidad de actualizar el mapa de riesgo institucional Según la **Guía para la Administración del Riesgo (Versión 7 de 2025)** del DAFP y el modelo **MIPG**, la cual incluye riesgos de seguridad digital, riesgos de seguridad y privacidad de la información, riesgos reputacionales, riesgos de sostenibilidad y cambio climático,
- Establecer un protocolo de verificación que asegure que los soportes documentales de cada proceso sean completos, pertinentes y coherentes con la descripción técnica del control definido.
- Implementar acciones correctivas y mecanismos de seguimiento para garantizar el cumplimiento de las actividades de control en los plazos estipulados, evitando retrasos que afecten la eficacia del sistema.
- Instar a la Oficina Asesora de Planeación (Segunda Línea) a intensificar el acompañamiento técnico a los líderes de proceso (Primera Línea), enfocándose en la identificación precisa de riesgos y la mejora en la calidad de los soportes e informes.

Atentamente,

Magaly Benítez V.

MAGALY BENITEZ VALENCIA

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Kelly Bustamante – Profesionales de Apoyo OCI
Revisó y Aprobó: Magaly Benítez Valencia- Jefe OCI