



RECTORÍA

2025-II-00008449

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

**INFORME DE AUDITORIA - SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS  
POR PROCESO CORTE AGOSTO 2025**

**CONTROL INTERNO DE GESTION**

**MANIZALES, AGOSTO 2025**

Página 1 de 19



**Tejiendo  
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026



ucaldas@ucaldas.edu.co



www.ucaldas.edu.co



PBX (57)(6) 878 15 00



Calle 65 # 26 - 10 | Manizales - Colombia

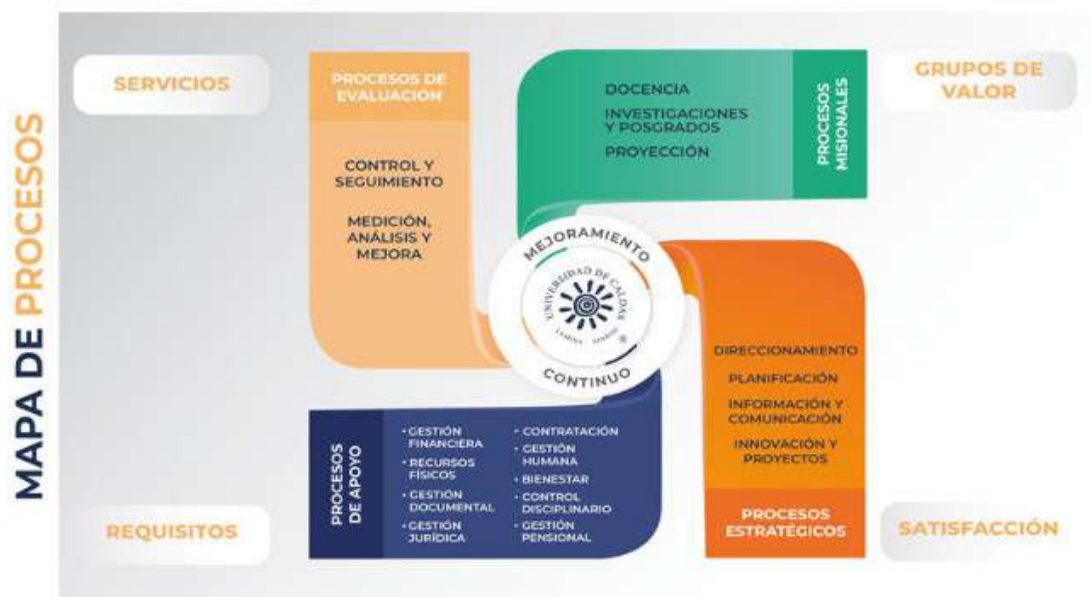
## INTRODUCCIÓN

La Administración del Riesgo constituye una herramienta estratégica de autogestión que fortalece el enfoque preventivo institucional, permitiendo la identificación temprana de factores que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de los procesos y de la misión institucional. Este componente es liderado desde la oficina de Planeación, y por el Comité de Control Interno, mediante la aprobación de la Política de Gestión de Riesgos, la cual define los lineamientos, roles e interacciones necesarias para identificar, valorar y mitigar los riesgos, a través de la implementación de controles y acciones correctivas o preventivas.

En este marco, las oficinas de Control Interno desempeñan un rol clave mediante la Evaluación del Riesgo, función orientada al seguimiento sistemático de la gestión del riesgo. Esta evaluación permite determinar la eficacia de los controles establecidos y emitir recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los procesos y a la mejora continua.

El proceso de gestión de riesgos se concibe como una actividad permanente, transversal e interactiva, que involucra activamente a los líderes de proceso, la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno de Gestión, desde la formulación de la política hasta la verificación de la efectividad de los controles implementados y su seguimiento.

En cumplimiento del Plan Institucional de Auditorías y Seguimientos, en el componente de Evaluación y Mejora, se realizó seguimiento a los 18 procesos que integran el mapa de procesos vigente, lo que representa una cobertura del 100%. Se resalta que el proceso de Innovación y Proyectos recientemente constituido también incluye su mapa de riesgos.



Respecto a la matriz de riesgos de corrupción, su seguimiento se realiza en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, conforme a los lineamientos vigentes. Esta matriz se encuentra publicada en la página web institucional, garantizando el acceso a la información por parte de la ciudadanía y los entes de control. Asimismo, se incluye como anexo dentro del presente informe, para efectos de consulta y verificación.

## 1. OBJETIVO

Realizar seguimiento a la aplicación de la metodología de administración de riesgos establecida en la Política de Riesgos y de las acciones propuestas para mitigar los riesgos dentro de las fechas planeadas.

Verificar el cumplimiento de las acciones establecidas la Universidad de Caldas para la definición y tratamiento de los riesgos institucionales identificados en los procesos, según el mapa de procesos de la universidad, así como la debida aplicación de la metodología de administración de riesgos, aprobada en la política de riesgos

## 2. ALCANCE

Esta información tiene como fecha de corte a agosto del 2025 y abarca todos los procesos institucionales definidos en el mapa de procesos vigente. Igualmente, se incluye el mapa de riesgos de corrupción el cual también hace parte del capítulo del Programa de Transparencia y Ética Pública; y se publica en la página web institucional. De igual manera, se incorpora el mapa de riesgos de corrupción, el cual hace parte integral del capítulo correspondiente al Programa de Transparencia y Ética Pública. Este insumo se encuentra disponible para consulta pública a través de la página web institucional, en cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información.

## 3. MARCO NORMATIVO

### Externo:

- Constitución Política de Colombia de 1991:

Art. 209: La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Art. 269. “En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”.

- 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. Art. 2 “Objetivos del Sistema de Control Interno. literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos; detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.”. Art. 9 “Asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos”.
- Ley 489 de 1998: Organización y Funcionamiento de las Entidades del Orden Nacional. Lineamientos sobre el sistema nacional de control interno.
- 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. (Estatuto Anticorrupción) Ley 1712 de 2014: La cual tiene por objeto regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.
- Decreto 103 de 2015: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones, Título VI seguimiento a la gestión de la información.
- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, arts. 2.2.21.6.1 y siguientes “Adopta la actualización del MECI”.
- Decreto 648 de 2017: Art. 17 “Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces” artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: “De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”.
- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, Versión 4, marzo 2021, del Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en las entidades públicas, de la Función Pública, versión 6.

#### **Interno:**

- Acuerdo 16 del 31 de marzo del 2022. Consejo Superior. Por medio del cual se adopta el Modelo Integrado de Desempeño Institucional –MIPG- para la Universidad de Caldas.
- Política Administración del Riesgo. Universidad de Caldas. Aprobada por acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, junio 2024, versión 3.

#### 4. METODOLOGIA:

La consulta y análisis de los mapas de riesgos por proceso se realizó a través del Sistema Integrado de Gestión (SIG), considerando la información actualizada entre diciembre de 2024 y junio de 2025. En este marco, se verificó la aplicación y adopción de la Política de Gestión de Riesgos establecida por la Universidad.

Se llevó a cabo una revisión consolidada para identificar tendencias generales del marco de riesgos institucional, así como un análisis específico y detallado de los controles y acciones de manejo implementados para los riesgos clasificados con nivel de riesgo final alto o extremo. Igualmente, se evaluó la dinámica de identificación de riesgos, la aplicación de controles, su respectiva valoración, y el establecimiento de los niveles de riesgo inherente y residual, y el análisis de su materialización si fuera el caso.

Con base en estos análisis, se formularon recomendaciones y observaciones orientadas a la mejora del proceso de gestión de riesgos institucional.

La metodología empleada se encuentra alineada con los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, conforme a lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6 (noviembre de 2022). Este documento sirvió como referente metodológico para la estructuración del análisis.

Finalmente, se elaboró un informe con el fin de identificar posibles desviaciones en la información, y con base en la retroalimentación recibida, se construye el informe final, incluyendo, de ser necesario, un plan de mejora para fortalecer la gestión institucional del riesgo.

#### 5. DESARROLLO

##### 5.1 POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

Mediante acta de Comité de Coordinación de Control Interno de Gestión del junio del 2024, se aprobó la actualización de política de gestión de riesgo, presentada por la oficina de Planeación. Se incluyen los riesgos fiscales y su tratamiento, “para prevenir el daño al patrimonio de la universidad, representado en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida o deterioro de los bienes o recursos, o a los intereses patrimoniales”. Se tuvo como referente la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” versión 6; expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

La política fue socializada y publicada en página web institucional; al igual que los mapas de riesgos de cada proceso.

Dentro de la política se establecen roles y responsabilidades frente a las acciones de administración del riesgo enfocados en las líneas de defensa; se establecen niveles de aceptación de riesgo, la metodología y criterios para medir la probabilidad e impacto, el cual incluye los criterios establecidos para los riesgos de corrupción. El establecimiento de Estrategias para combatir el riesgo se definen lineamientos relacionados con la periodicidad de actualización y seguimiento del riesgo, la priorización del análisis para los riesgos residuales es calificados en alto y extremo; y la actualización de manera continua de acuerdo con las detecciones realizadas por los procesos, o mediante recomendaciones o sugerencias de terceros.

Se establecen como opciones de tratamiento: Aceptar el riesgo, Reducir, evitar, o compartir; donde en todo caso se propenda por reducir los riesgos altos o extremos a través del establecimiento de acciones de manejo de riesgo que fortalezcan los controles existentes y mitiguen el riesgo.

Dada la revisión realizada al proceso de gestión de riesgos de la entidad, la política establecida ha sido implementada de manera general dentro del marco de procesos y líneas de defensa, e involucra los riesgos fiscales, de corrupción y seguridad de la información.

Se recomienda desde los resultados FURAG, la incorporación de otros sistemas de información como Seguridad y Salud en el Trabajo, y ambiental; el inventario de eventos y riesgos materializados; y los indicadores clave de riesgo de la entidad como herramienta de monitoreo de gestión del riesgo. Identificar en la política de Gestión del Riesgo instancias de seguimiento y monitoreo: oficial de seguridad de la información, servicio al ciudadano, talento humano, tecnología, jurídica.

Igualmente, se puede evidenciar que el formato Excel utilizado para levantar los mapas de riesgo por proceso (DAFP) fue actualizado, es mucho más claro y sigue la secuencia de la metodología de riesgo, por lo cual se recomienda revisar e implementar. Igualmente, la matriz de mapa de riesgos de corrupción, la cual puede ser consultada en el siguiente enlace:

<https://www1.funcionpublica.gov.co/web/mipg/como-opera-mipg>

- [Caja de Herramientas Guía de Auditoría basada en riesgos para Entidades públicas - V4.](#)

## 5.2 ANALISIS MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL Y POR PROCESOS

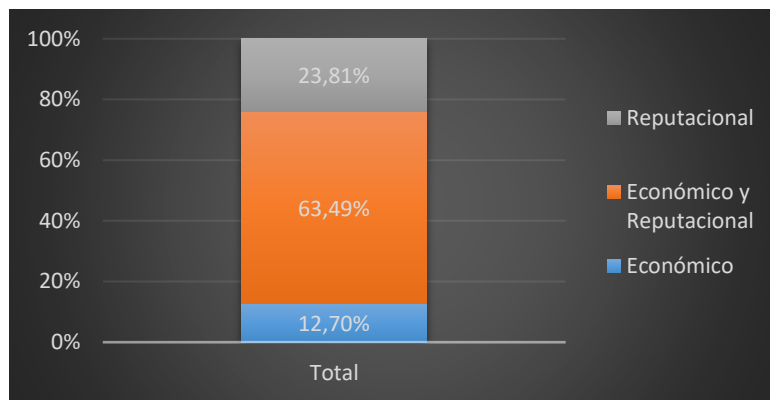
La oficina de Planeación acompañó y asesoró cada uno de los procesos en la elaboración de los mapas de riesgos, se realizó mapa de riesgos a 18 procesos mediante la metodología establecida a través de la política de riesgos, dando alcance a todos los procesos según el mapa de riesgos institucional. Se identificaron 63 riesgos, uno más que en el periodo anterior.

-IMPACTO: De acuerdo con la metodología adoptada, el impacto se refiere a las consecuencias que podría generar para la organización la materialización de un riesgo. Esta dimensión permite

**2025-II-00008449 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

valorar la magnitud del efecto que un evento no deseado tendría sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La siguiente gráfica presenta el comportamiento del impacto asociado a los 63 riesgos identificados.



Es así como su trazabilidad histórica desde el periodo 2022, permitiendo observar tendencias y variaciones en la valoración de este componente a lo largo del tiempo.

IMPACTO	NRO DE RIESGOS 2025	5%	NRO DE RIESGOS 2024	4%	NRO DE RIESGOS 2023	3%	NRO DE RIESGOS 2022	2%
Económico	8	13%	8	12,0%	8	12%	7	11%
Económico y Reputacional	40	61%	38	61,3%	40	58%	35	55%
Reputacional	15	26%	16	26,0%	21	30%	22	34%
<b>Total general</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>99%</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con la distribución del impacto, los riesgos económicos se concentran en el proceso de Docencia, los económicos y reputacionales en Financiera; y los reputacionales en los procesos de Gestión Humana y Gestión jurídica. La siguiente tabla muestra el comportamiento de los riesgos por proceso, según el tipo de riesgo:

PROCESO	Económico	Económico y Reputacional	Reputacional	Total general
FINANCIERA	1	6	1	8
GESTIÓN BIENESTAR		2	1	3
GESTIÓN COMUNICACIÓN			1	1
GESTIÓN CONTRATACIÓN		2		2
GESTIÓN CONTROL SEGUIMIENTO		4	1	5
GESTIÓN DISCIPLINARIO			1	1
GESTIÓN DOCENCIA	3	1	1	5
GESTIÓN DOCUMENTAL		2	1	3
GESTIÓN HUMANA		1	2	3
GESTIÓN INNOVACIÓN PROYECTOS		2		2
GESTIÓN INVESTIGACIONES		2	1	3
GESTIÓN JURIDICA		1	2	3
GESTIÓN MEDICIÓN ANALISIS MEJORA		2	1	3
GESTIÓN PENSIONAL	2	2		4
GESTIÓN PLANIFICACIÓN	1	4		5
GESTIÓN PROYECCIÓN		3	1	4
RECURSOS FISICOS	1	4		5
GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO	2		1	3
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>63</b>

De acuerdo con el análisis realizado por cada uno de los procesos, el impacto de los riesgos identificados con mayor frecuencia es “Económico y Reputacional”, para el 63.49% de los riesgos en el periodo 2025. Clasificación que también fue mayor para los periodos 2024, 2023 y 2022. La clasificación de riesgos “Reputacional” se presentó en el 23.81% de los riesgos, ocupando el segundo lugar; igualmente que para los periodos anteriores. Los riesgos que fueron clasificados como “Económicos” para el 12.70% de los casos, igual que para los anteriores periodos fue la clasificación que ocupó en tercer lugar.

**-CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:**

Esta clasificación del riesgo identifica los riesgos según su origen. La tabla siguiente muestra la trazabilidad de los periodos 2025 a 2022, donde los líderes de proceso han clasificado el origen de los riesgos analizados:

Clasificación	Nro de riesgos / 25	5%	Nro de riesgo s/ 24	4%	Nro de riesgos / 23	3%	Nro de riesgos / 22	2%
Ejecucion y Administracion de procesos	38	60%	36	59,0%	39	57%	40	63%
Fallas Tecnológicas	1	2%	1	1,59%	7	10%	5	8%
Fraude Externo	1	2%	1	1,59%	1	1%	1	2%
Relaciones Laborales	1	2%	1	1,59%	1	1%	1	2%
Usuarios, productos y practicas , organizacionales	22	35%	23	37,0%	21	30%	17	27%
<b>Total general</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con lo anterior, se concluye que, en todos los periodos analizados, la principal causa u origen de los riesgos se encuentra en la *Ejecución y Administración de los procesos*. En segundo lugar, se identifican como causas frecuentes los *Usuarios, productos y prácticas organizacionales*. Otros orígenes, como *fallas tecnológicas, fraude externo y relaciones laborales*, representan entre el 1 % y el 2 % del total.

Esto evidencia que la mayoría de los riesgos tienen un origen interno, especialmente asociado con la forma en que se ejecutan los procesos. En consecuencia, fortalecer los mecanismos de *autocontrol* se presenta como una estrategia clave para mejorar la gestión del riesgo institucional.

Respecto al origen del riesgo y su impacto se establece la siguiente relación:

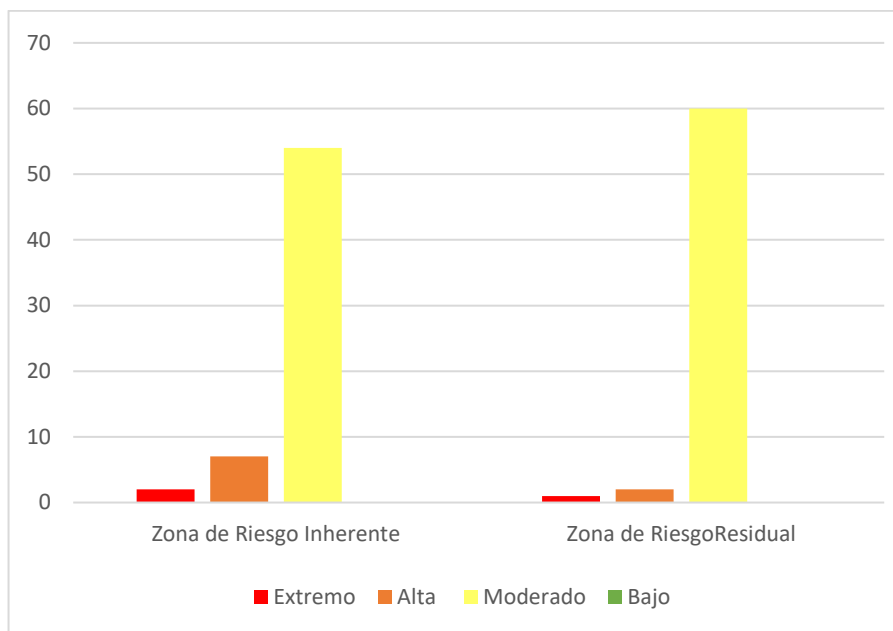
PROCESO	Ejecucion y Administracion de procesos	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	Relaciones Laborales	Fallas Tecnológicas	Fraude Externo	Total general
Económico	7,94%	4,76%	0,00%	0,00%	0,00%	12,70%
Económico y Reputacional	42,86%	19,05%	0,00%	0,00%	1,59%	63,49%
Reputacional	9,52%	11,11%	1,59%	1,59%	0,00%	23,81%
<b>Total general</b>	<b>60,32%</b>	<b>34,92%</b>	<b>1,59%</b>	<b>1,59%</b>	<b>1,59%</b>	<b>100,00%</b>

Los riesgos analizados muestran una concentración significativa en aquellos originados por la *Ejecución y Administración de Procesos*, los cuales están principalmente asociados con impactos de tipo *Reputacional y Económico*.

En segundo lugar, se destacan los riesgos derivados de *Usuarios, Productos y Prácticas Organizacionales*, que igualmente se enmarcan en las categorías de impacto *Económico y Reputacional*. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer los controles internos y los mecanismos de autocontrol en la operación de los procesos, con el fin de mitigar los efectos negativos sobre la imagen institucional y la sostenibilidad financiera.

**-Identificación y Valoración del Riesgo:**

Respecto a la identificación y valoración de riesgos antes y después de controles el comportamiento fue el siguiente:



El gráfico evidencia que los *riesgos inherentes* presentan un mayor número de eventos clasificados en las zonas de *riesgo extremo y alto*, en comparación con el *riesgo residual*. Esta diferencia refleja el efecto positivo de los controles implementados, los cuales reducen significativamente el nivel de exposición, concentrando la mayoría de los riesgos residuales en la *zona moderada*.

No se identificaron riesgos residuales ubicados en la *zona de riesgo bajo*; sin embargo, el análisis confirma la importancia de los controles en la mitigación de riesgos. En este sentido, se resalta la necesidad de mantener una revisión continua y ajuste oportuno de dichos controles, con el

**2025-II-00008449 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

propósito de prevenir la materialización de los riesgos previamente identificados y asegurar una gestión eficaz.

	Zona de Riesgo Inherente	Zona de Riesgo Residual
Extremo	2	1
Alta	7	2
Moderado	54	60
Bajo	0	0
Total	63	63

Mediante el establecimiento y valoración de controles, se logró una disminución en riesgo Extremo y Alto. Las valoraciones se realizan de manera lineal frente a cada zona del riesgo. La distribución porcentual de los riesgos muestra que el 14% de los riesgos entre extremo y alto, pasa al 5%, evidenciando la efectividad en las medidas de mitigación del riesgo. El cuadro anterior resume el comportamiento general de riesgos antes y después de controles.

Los riesgos en nivel externo y alto requieren de acuerdo con la política de riesgos plan de acción. Después de la valoración de controles se configura un riesgo extremo y dos de nivel alto.

**-Plan de acción manejo de riesgo:**

\*Un riesgo residual EXTREMO, relacionado con:

Proceso: Gestión Humana. Riesgo: Exposición continua a un factor de riesgo o materialización de este (biológico, físico, químico, psicosocial, biomecánicos, condiciones de seguridad, fenómenos naturales). Con Plan de mejora y dos acciones formuladas:

Tratamiento del riesgo	Acción	Responsable	Periodo	fecha	Seguimiento líder de proceso
Reducir (mitigar)	Documentar programa de riesgo químico	SGSST	2025	Ene-Jun	<p>Se diseñó el Plan Anual de Capacitación Integral, articulado con los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE), con el fin de garantizar la inclusión de temáticas específicas relacionadas con los riesgos a los que están expuestos los funcionarios y docentes.</p> <p>En el marco de este plan, se han implementado jornadas formativas, abordando de manera preventiva los diferentes tipos de peligros identificados en la matriz de riesgos.</p> <p>Particularmente, en relación con el riesgo psicosocial, se han desarrollado acciones de acompañamiento individual y grupal, orientadas al fortalecimiento de técnicas para el manejo del estrés, manejo de las emociones con el objetivo de promover el bienestar mental y emocional de los funcionarios y docente.</p> <p><b>Evidencias: Lista de asistencia</b></p>

2025-II-00008449

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Reducir (mitigar)	Ejercicios de concientización para uso adecuado de elementos de protección personal	SGSST	2025	Ene-Jun	<p>Se realiza la entrega de los elementos de protección personal, al mismo tiempo con la ejecución del Plan Anual de Capacitación, se han llevado a cabo actividades de sensibilización sobre el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP), en concordancia con los riesgos identificados en cada área de trabajo.</p> <p>Se han realizado inspecciones en los puestos de trabajo, con el propósito de verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de seguridad, identificar condiciones y reforzar las prácticas preventivas entre los servidores públicos y trabajadores oficiales.</p> <p><b>Evidencia:</b> Registro de entrega de elementos</p>
-------------------	---	-------	------	---------	--

**Seguimiento oficina Control Interno:** Se realiza seguimiento en auditoría interna del SSST, en el cual se pudo evidenciar avance continuo en la identificación de factores de riesgo y la documentación del programa de riesgo biológico

Programa de Riesgo Químico					
Elaboración de matriz de sustancias químicas por laboratorio	Identificar las sustancias químicas existentes en la Universidad.		■		Programado
Consolidado de matrices de sustancias químicas	Contar con las fichas de datos de seguridad para atender emergencias.		■		Ejecutado
Revisión y actualización de fichas de datos de seguridad	En las visitas de inspección de determinará la adopción del SGA.		■		Programado
Visitas de inspección a laboratorios	Evaluar el adecuado funcionamiento de los equipos de protección colectiva y su afectación al medio ambiente y los usuarios.		■		Ejecutado
Medición ambiental de sustancias químicas específicas	Detección precoz de alteraciones en el sistema respiratorio		■		Programado
Realización de espirometrías a trabajadores expuestos, informe individual con conductas a seguir			■		Ejecutado
Programa de Riesgo Biológico					
Realización de titulaciones Ag HB a trabajadores expuestos, informe individual con conducta a seguir	Medir presencia de niveles de AG HB y definir vacunación o control		■		Programado
Vacunación contra HB a trabajadores con titulación Ag HB no reactiva, informe individual con conducta a seguir	Crear anticuerpos contra el virus de la HB. Detectar precozmente infecciones por zoonosis.		■		Ejecutado
Programa de Riesgo Radiaciones Ionizantes					
Medición ambiental de radiaciones ionizantes en Rayos X del Hospital Veterinario			■		Programado
					Ejecutado

Fuente Auditoria 2025 SSST

Respecto la actividad Ejercicios de concientización para uso adecuado de elementos de protección personal, se adjunta: registro de entrega de dotación especial, y capacitaciones. Esta actividad es continua y liderada desde la oficina de SSST, en auditoria en mención se adjuntan en papeles de trabajo otros documentos que evidencian las campañas y ejercicios de posturas, pausas activas, entre otros.

Avance del plan de mejoramiento: 100%

Como se menciona anteriormente estas actividades son continuas y cíclicas y se encuentran incluidas en el Programa de SSST.



Igualmente, se formuló plan de acción para dos riesgos con riesgo residual ALTO identificados desde el proceso de Contratación y Gestión Humana:

1. Proceso Gestión Humana. Riesgo: Fallas humanas en el ingreso de novedades Revisión de la puesta en marcha de SARA web
2. Proceso Contratación. Riesgo: Inadecuado seguimiento a la ejecución contractual. Cada año se actualiza la circular sobre lineamientos generales para el adecuado ejercicio de la supervisión.

Tratamiento del riesgo	Acción	Responsable	Periodo	fecha	Seguimiento líder de proceso
Reducir (mitigar)	1.Revisión de la puesta en marcha de SARA Web	Sistemas y Gestión Humana	2025	Junio 2025	<p>De acuerdo con las validaciones que se realizan diariamente en el sistema, se han solicitado ajustes que han sido atendidos oportunamente al momento de evidenciar los errores. Estos ajustes se han aplicado a los casos puntuales que presentan inconsistencias. Se solicita a Unión Soluciones retomar dichos casos y proporcionar una solución estructural en el sistema que pueda aplicarse a todas las nóminas registradas susceptibles de liquidación.</p> <p>A través de la Jefatura de la Oficina de Gestión Humana, se solicita a la Grupo Interno de Sistemas retomar y verificar todos los casos de inconsistencias que continúan hasta la fecha, mayo de 2025. Se han estado realizando pruebas para brindar una solución definitiva a las inconsistencias reportadas. Actualmente, se llevan a cabo pruebas y actualizaciones del sistema Sara Web con el fin de resolver las inconsistencias señaladas.</p> <p>Evidencia Derecho de Petición dirigido a la Oficina de Sistemas de Información, incluyendo un resumen de las inconsistencias detectadas y las respuestas emitidas por Unión Soluciones, proveedor de soporte técnico de Sara Web, en conjunto con la Grupo Interno de Sistemas</p> <p>Evidencias: Correo de trazabilidad, relatoría reunión compilación de inconsistencias; Solicitud realizada y respuesta de Unión Soluciones</p>
Reducir (mitigar)	<p>2. "A través de acciones del Plan de Gestión 2025 – Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios.</p> <p>Capacitaciones:</p> <p>Internas – Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios: Se proyectan cuatro (4) jornadas de capacitación interna. A la fecha se han ejecutado dos (2), con el objetivo de fortalecer conocimientos técnicos, soportes documentales y la comprensión del proceso contractual.</p> <p>Externas – Centros de Gasto y Supervisores Contractuales: Para el segundo semestre de 2025, se tiene programada la realización de siete (7) capacitaciones dirigidas a los centros de gasto, con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas contractuales, la importancia del soporte</p>	Líder Grupo IT Contratación y Convenios	semestral	Junio 2025	<p>Correos con convocatoria Asistencias Registro fotográfico, EN EJECUCIÓN Se han desarrollado dos capacitaciones de cuatro, al Grupo Interno de trabajo de contratación y convenios. Las capacitaciones a centros de gastos y supervisores se desarrollarán a partir del 30 de julio del 2025.</p>

**2025-II-00008449 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

	<p>documental de los contratos, y los principios que rigen la contratación pública. Adicionalmente, se ejecutarán dos (2) capacitaciones dirigidas a los supervisores de contrato, cuyo enfoque será el fortalecimiento del rol de supervisión, garantizando la adecuada ejecución contractual, el cumplimiento de obligaciones, y el mantenimiento de soportes al día. En estas sesiones también se socializará el Manual del Supervisor e Interventor de la Universidad de Caldas."</p>				
--	---	--	--	--	--

**Seguimiento Oficina Control Interno:**

1. La revisión y puesta en marcha de SARA web, es el proceso continuo de revisión y mejoramiento del sistema de información. Para el 2024, se contó con plan de mejora sobre el proceso de nómina en el cual se puede evidenciar las acciones de mejora implementadas. Se debe dar continuidad a esta actividad y generar mayor número de procesos en línea e interconectividad. Avance: En ejecución
2. Las capacitaciones y acompañamientos desde el proceso de contratación tanto al grupo de trabajo como a centros de gasto y supervisores han sido continuo durante el 2024 y 2025, se cuenta con plan de mejoramiento y auditorias de seguimiento, esta actividad se proyecta para todo el periodo por tanto su avance es: En Ejecución.

**-Análisis de controles:**

Con relación a los controles, se identificaron 194 controles uno si valoración, en los controles valorados la mayoría optaron como tratamiento ACEPTAR el riesgo (93%), otras opciones de manejo de riesgo fueron REDUCIR, el 6% y EVITAR el 1%. Un control sin valoración

La mayoría de los controles son de tipo CORRECTIVO, y tienen como tratamiento de riesgo en su mayoría ACEPTAR; Evitar y reducir un caso cada uno.

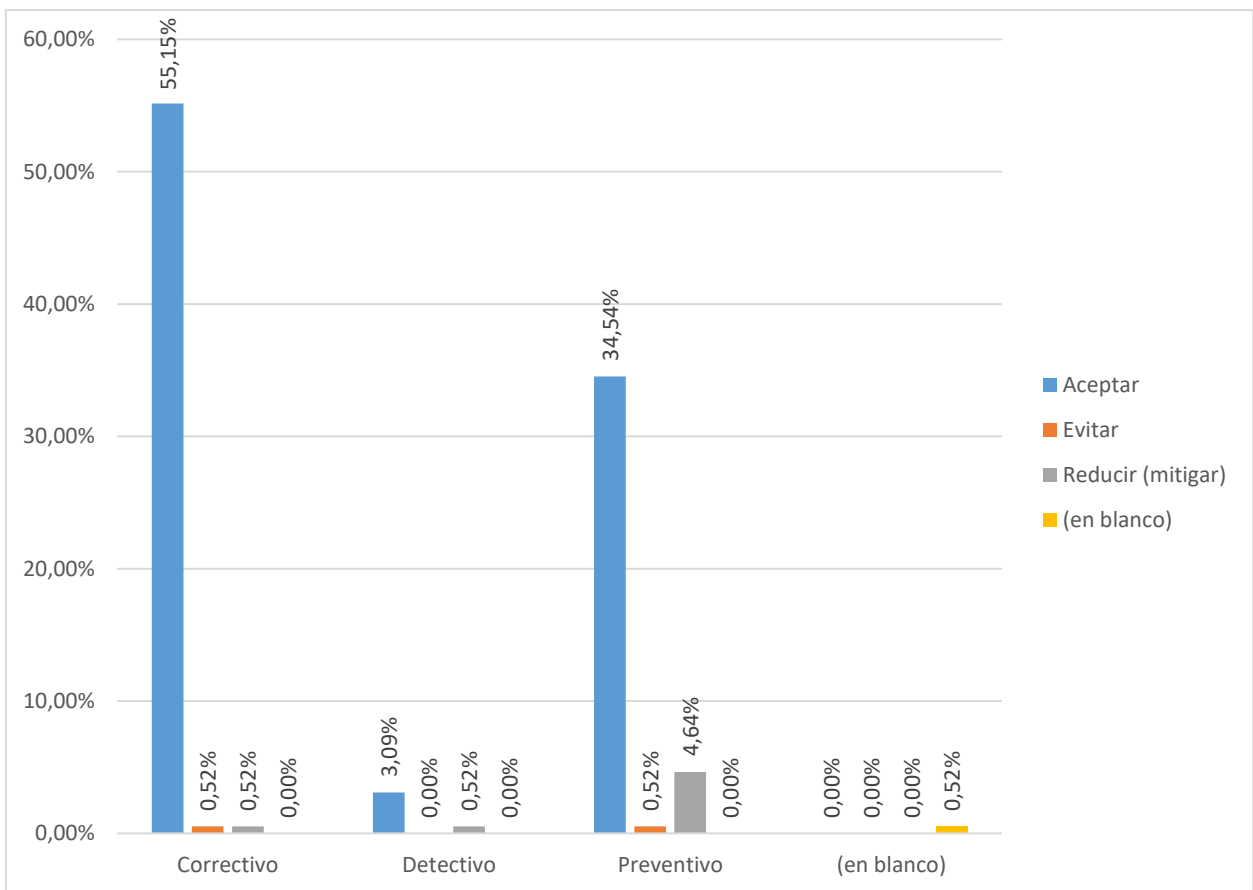
Los controles de tipo PREVENTIVO fueron asignados para el 67 de los controles. El 5% de ellos (9) “reducen el riesgo” y Uno (1%) lo “evita”. La siguiente tabla resumen la trazabilidad de los controles establecidos y su tratamiento.

Tratamiento/Tipo	Correctivo	Detectivo	Preventivo	(en blanco)	Total, general
Aceptar	107	6	67		180
Evitar	1		1		2
Reducir (mitigar)	1	1	9		11
(en blanco)				1	1
<b>Total, general</b>	<b>109</b>	<b>7</b>	<b>77</b>	<b>1</b>	<b>194</b>

Se identificó un Riesgo que no valoró control punto 3:

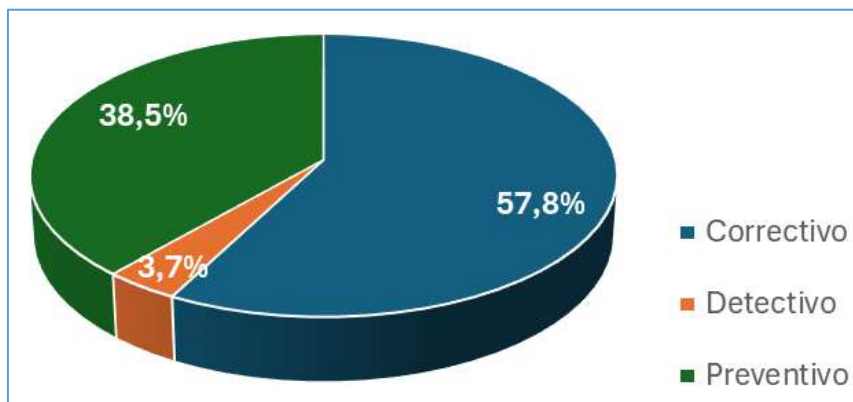
Código	Descripción del Riesgo	Impacto	Criterios de Evaluación									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	<p>El nivel de atención que se presta a la comunidad de los servicios públicos domiciliarios de las entidades territoriales, en especial en las zonas rurales, es deficiente.</p> <p>La capacidad de atención de los servicios públicos domiciliarios de las entidades territoriales, en especial en las zonas rurales, es deficiente.</p> <p>La calidad de los servicios públicos domiciliarios de las entidades territoriales, en especial en las zonas rurales, es deficiente.</p> <p>La cobertura de los servicios públicos domiciliarios de las entidades territoriales, en especial en las zonas rurales, es deficiente.</p> <p>La eficiencia de los servicios públicos domiciliarios de las entidades territoriales, en especial en las zonas rurales, es deficiente.</p>	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta

La representación gráfica y porcentual del comportamiento de los controles es la siguiente:



**-Tipos de control.**

Respecto de los controles evaluados, los tipos de control definidos en la gestión de riesgos



corresponden a *correctivos*, *detectivos* y *preventivos*. Un aspecto clave en su valoración es la capacidad de los controles para evitar la ocurrencia del riesgo, es decir, su carácter *preventivo*. Asimismo, se considera relevante que dichos controles estén *documentados* y,

preferiblemente, sean *automáticos*, lo cual incrementa su efectividad. Durante el periodo evaluado, se identificó que la mayoría de los controles implementados son de tipo *correctivo* (58 %), seguidos por los *preventivos* (39 %) y en menor proporción los *detectivos* (4 %). Esta distribución evidencia una oportunidad de mejora, orientada a fortalecer e incrementar la implementación de controles preventivos, que contribuyan a reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos desde su origen.

Los controles, preventivos, y documentados son valorados con mayor puntuación, en la etapa de análisis de riesgos por cuanto tienden a evitar de manera oportuna la ocurrencia de riesgo y al encontrarse documentados se asegura su cumplimiento a través de la estandarización y reglamentación; lo que disminuye la probabilidad de ocurrencia de riesgos, por cuanto se recomienda la revisión de controles e implementación de controles de este tipo.

Se realiza seguimiento a cada uno de los controles a través de la retroalimentación con cada líder de proceso, los controles esencialmente son permanentes, el detalle del informe de seguimiento establece en el informe adjunto, se establecieron 194 controles para cada uno de los riesgos identificados.

Respecto a la implementación de los controles la mayor parte de ellos se ejecutan de manera MANUAL el 94%; y los controles AUTOMATICOS, corresponden al 6%, todos los controles se encuentran documentados, excepto el control anteriormente mencionado, que no fue valorado.

Etiquetas de fila	Documentado	Sin Documentar	Total general
Automático	11		11
Manual	175	7	182
<b>Total general</b>	<b>186</b>	<b>7</b>	<b>193</b>

Los tipos de control definidos son CORRECTIVOS, DETECTIVOS Y PREVENTIVOS; uno de los factores relevantes para la valoración estos, es la identificación de controles que eviten la ocurrencia del riesgo, es decir los controles PREVENTIVOS, por otro lado, que este se encuentre DOCUMENTADOS y sean AUTOMÁTICOS.

Los controles, preventivos, y documentados son valorados con mayor puntuación, por cuanto tienden a evitar de manera oportuna la ocurrencia de riesgo y al encontrarse documentados se están reglamentados y estandarizados, lo que disminuye la probabilidad de ocurrencia de riesgos, por cuanto se recomienda la revisión de controles e implementación de controles de tipo PREVENTIVO.

Se identifica un avance importante sobre la documentación de controles, respecto al periodo anterior, donde solo siete (7) de ellos fueron reportados como no documentados. Es decir, el 93% de los controles que mitigan el riesgo se encuentran documentados-

Se realiza seguimiento a cada uno de los controles a través de la retroalimentación con cada líder de proceso, igualmente a los planes de mejora formulados. El detalle de este análisis por parte del el líder de proceso y la oficina de control interno se encuentra en el documento adjunto.

**-Mapa de Riesgos por proceso:**

PROCESOS/RIESGOS	RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL			VALORACION CONTROLES (1-50)
	PROMEDIO PROBABILIDAD	PROMEDIO IMPACTO	ZONA DE RIESGO1	PROMEDIO PROBABILIDAD	PROMEDIO IMPACTO	ZONA DE RIESGO2	
FINANCIERA	60%	63%	ALTO	44%	38%	MODERADO	29%
GESTIÓN BIENESTAR	60%	60%	MODERADO	43%	42%	MODERADO	30%
GESTIÓN COMUNICACIÓN	60%	60%	MODERADO	60%	35%	MODERADO	25%
GESTIÓN CONTRATACIÓN	80%	70%	ALTO	43%	65%	ALTO	36%
GESTIÓN CONTROL SEGUIMIENTO	60%	52%	MODERADO	19%	47%	MODERADO	39%
GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO	60%	60%	MODERADO	57%	37%	MODERADO	27%
GESTIÓN DISCIPLINARIO	60%	60%	MODERADO	36%	53%	MODERADO	33%
GESTIÓN DOCENCIA	60%	60%	MODERADO	44%	42%	MODERADO	32%
GESTIÓN DOCUMENTAL	60%	60%	MODERADO	47%	37%	MODERADO	32%
GESTIÓN HUMANA	60%	87%	ALTO	43%	53%	MODERADO	33%
GESTIÓN INNOVACIÓN PROYECTOS	60%	60%	MODERADO	54%	42%	MODERADO	29%
GESTIÓN INVESTIGACIONES	60%	60%	MODERADO	44%	36%	MODERADO	30%
GESTIÓN JURIDICA	53%	60%	MODERADO	30%	51%	MODERADO	33%
GESTIÓN MEDICIÓN ANALISIS MEJORA	60%	60%	MODERADO	38%	45%	MODERADO	32%
GESTIÓN PENSIONAL	60%	50%	MODERADO	32%	40%	MODERADO	36%
GESTIÓN PLANIFICACIÓN	60%	64%	ALTO	56%	42%	MODERADO	28%
GESTIÓN PROYECCIÓN	60%	60%	MODERADO	47%	41%	MODERADO	30%
RECURSOS FISICOS	60%	56%	MODERADO	41%	32%	MODERADO	31%
<b>PROMEDIO</b>	<b>61%</b>	<b>61%</b>	<b>ALTO</b>	<b>43%</b>	<b>43%</b>	<b>MODERADO</b>	<b>31%</b>

El mapa de riesgos incluye todos los procesos institucionales representados en el mapa de procesos institucional. Se han aplicado todos los lineamientos establecidos en la política de riesgos; se evidencia que a través de los controles el riesgo residual pasa en promedio de alto a moderado.

La valoración promedio de controles es media, dado que como explicábamos en el punto anterior la mayor parte de ellos se ejecutan de manera manual, o corresponden a controles correctivos. La mayoría de los controles definidos se encuentran documentados, solo siete de ellos se reportan como no documentados, por lo cual se recomienda su incorporación un factor que conlleva a una buena valoración de riesgos es la implementación de controles de tipo “preventivo” y aplicados de manera “automática”.

Para los riesgos específicos con resultado residual Alto (Naranja) o Extremo (Rojo), se definieron un total de tres acciones de manejo de riesgo, actualmente en ejecución, como se evidencia en el apartado anterior “Plan de acción manejo de riesgo”. Se recomienda dar continuidad a las acciones planteadas, ya que ello permitirá fortalecer los controles existentes, mitigar los riesgos identificados y contribuir a su adecuada administración y control, reduciendo así la probabilidad de su materialización.

El detalle del seguimiento realizado por cada uno de los líderes de proceso y por la Oficina de Control Interno de Gestión se encuentra disponible en la Matriz Anexo 1: Seguimiento al Mapa de Riesgos de Proceso 2024.

Igualmente, se realiza seguimiento al mapa de riesgos de corrupción el cual se encuentra incluido en el Programa de Transparencia y Ética Pública. Anexo 2: Mapa de Riesgos de Corrupción

## 6. CONCLUSIONES:

- Se cuenta con una política de riesgos actualizada a la última versión (6) expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La cual incluye la administración de riesgos fiscales, seguridad en la información, de riesgos y general por procesos. Todos los procesos cuentan con análisis de mapa de riesgos, controles, seguimiento del líder de proceso y acciones de manejo para los riesgos extremo y alto.
- Se identificaron 63 riesgos para la vigencia actual. En cuanto al origen del riesgo, se evidenció, al igual que en periodos anteriores, que las principales causas corresponden a la ejecución y administración de procesos (60%) y a usuarios, productos y prácticas organizacionales (35%), entre otros. Se destaca la disminución en los riesgos asociados a fallas tecnológicas, los cuales pasaron de representar entre el 8% y 10% en periodos anteriores al 2% en la vigencia actual. Este comportamiento refleja que el mayor origen de los riesgos está relacionado con la gestión de los procesos internos, lo cual resalta la importancia del autocontrol como herramienta clave para su mitigación.
- Analizadas las vigencias 2025 a 2022; los riesgos se clasifican con mayor frecuencia como Riesgos “Económicos y Reputacionales” 61% para el 2025; en segundo lugar, Reputacional 26% y Tercero Económico con el 13%, comportamiento que ha sido similar en los periodos anteriores.

- Luego de la valoración de controles se evidencia que los riesgos externos y altos se reducen, pasan a ser riesgos moderados. Se identificó un riesgo residual extremo y dos altos, de los cuales se cuenta con plan de manejo de riesgos en ejecución.
- Los riesgos en mención son; Extremo: Gestión Humana. Riesgo: Exposición continua a un factor de riesgo o materialización de este (biológico, físico, químico, psicosocial, biomecánicos, condiciones de seguridad, fenómenos naturales). Y Altos: Proceso Gestión Humana. Riesgo: Fallas humanas en el ingreso de novedades Revisión de la puesta en marcha de SARA web. Y el riesgo del Proceso Contratación. Riesgo: Inadecuado seguimiento a la ejecución contractual. Cada año se actualiza la circular sobre lineamientos generales para el adecuado ejercicio de la supervisión.
- Los controles implementados (194), han sido efectivos lo que se puede observar en la disminución de zonas de riesgo entre el riesgo inherente (inicial) y el riesgo residual (final).
- En su mayoría los controles implementados son de tipo CORRECTIVO (58%); PREVENTIVO el 35% y el 4% DETECTIVO. Solo el 4% de los controles no se encuentran documentados. Y el 6% se realizan de manera automática (software).
- Respecto a la implementación de los controles la mayor parte de ellos se ejecutan de manera MANUAL el 94%; y los controles AUTOMATICOS, corresponden al 6%, todos los controles se encuentran documentados, excepto el control anteriormente mencionado, que no fue valorado.
- Se identifica un avance importante sobre la documentación de controles, respecto al periodo anterior, donde solo siete (7) de ellos fueron reportados como no documentados. Es decir, el 93% de los controles que mitigan el riesgo se encuentran documentados.

## 7. RECOMENDACIONES:

1. Fortalecer la gestión de riesgo mediante en el establecimiento de Controles de tipo preventivos, la documentación de los controles existentes y la generación de controles automáticos mejorados a través del fortalecimiento y desarrollo del sistema de información.
2. En el seguimiento a plan de manejo de riesgos se pudo evidenciar que para tres (3) riesgos entre alto y extremo se formuló acción de manejo de riesgos, y se identificaron 1 acción cumplida al 100% y dos con desarrollo parcial; se debe dar continuidad a las acciones propuesta y reevaluar la efectividad de los controles. Igualmente se recomienda revisar el control reportado en el informe no valorado.
3. Conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en su séptima dimensión: Control Interno, se recomienda que, como primera línea de defensa, los líderes de proceso realicen la revisión periódica y el diligenciamiento del seguimiento a los controles de los riesgos.

2025-II-00008449

## OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

4. Asimismo, como segunda línea de defensa, la Oficina de Planeación debe llevar a cabo la evaluación de los riesgos de los procesos e incluir los resultados en el informe de Autoevaluación de la Gestión, realizando las observaciones necesarias para prevenir su materialización. Este proceso podría optimizarse mediante la implementación de un software especializado para la administración de riesgos.

5. Aunque la información se encuentra publicada en el SIG, para consulta pública, se recomienda socializar el informe a los servidores públicos del proceso con el propósito que asuman el compromiso de gestión de los riesgos de cada proceso.

Actualizar los formatos de riesgos a la nueva versión publicada por el DAFP en la caja de herramientas de la guía de auditoría basada en riesgos para entidades públicas Versión 4. Es mucho más claro y sigue la secuencia de la metodología de riesgo, por lo cual se recomienda revisar e implementar. Igualmente, la matriz de mapa de riesgos de corrupción, la cual puede ser consultada en el siguiente enlace:

<https://www1.fuccionpublica.gov.co/web/mipg/como-opera-mipg>

[Caja de Herramientas Guía de Auditoría basada en riesgos para Entidades públicas - V4.](#)

6. Se recomienda desde los resultados FURAG, la incorporación de otros sistemas de información como Seguridad y Salud en el Trabajo, y ambiental; el inventario de eventos y riesgos materializados; y los indicadores clave de riesgo de la entidad como herramienta de monitoreo de gestión del riesgo. Identificar en la política de Gestión del Riesgo instancias de seguimiento y monitoreo: oficial de seguridad de la información, servicio al ciudadano, talento humano, tecnología, jurídica.

7. Adquirir o desarrollar un software para la administración y manejo de la información.

8. PUNTOS DE MEJORA: No se formulan.

El anterior informe de auditoría es preliminar, por lo tanto, está *sujeto a modificaciones o correcciones* una vez sean sustentadas por escrito (correo electrónico institucional). *Pasados 15 días de la entrega de este mediante correo electrónico*. Estaremos atentos a cualquier claridad que les pueda surgir al respecto.



LINA MARIA SERÑA JARAMILLO

Asesor Oficina

Control Interno de Gestión

Anexo 1: Matriz de seguimiento mapa de riesgos por proceso 2025 (archivo Excel y pdf)

Anexo 2: Matriz de seguimiento mapa de riesgos de corrupción (archivo Excel y pdf)

Anexo 3: Formatos actualizados caja de herramientas Mipg-Riesgos

Copia: Planeación, publicación página web <https://www.ucaldas.edu.co/portal/control-interno/#1506028270811-bdf4e323-1254>

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
FINANCIERA	1	Económico y Regulatorio	Numerosos procesos que se realizan de manera manual	sa	Posibilidad de sanciones por información financiera que no refleja el reconocimiento, identificación, clasificación, medición inicial, registro y medición posterior de los hechos económicos.	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Realizar actualizaciones y parametrizaciones en el sistema financiero, que permita evitar procesos manuales.	Medio	60%	Menor	39%	Moderado	Aceptar								30/06/2025	De forma permanente se validan las actualizaciones y parametrizaciones en el sistema de gestión financiera.	10/07/2025	No se evidencia materialización del riesgo, las acciones de control han sido efectivas por cuanto el reporte de información se ha generado desde el chip de la CGN sin notificaciones, no se identificaron debilidades en la reciente auditoría de la CGR, generando conceptos favorables sobre los estados contables y financieros														
															2	Verificar que la identificación de los hechos económicos realizados por la entidad obedezca a la interpretación adecuada de las políticas contables establecidas y que estos se contabilicen individualmente para evitar el registro de períodos globales. En caso de ser necesario consultar a la Contaduría General de la Nación, las situaciones en que se presente duda sobre la adecuada interpretación del marco normativo en relación con el hecho económico.	Bajo	36%	Menor	39%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	La Universidad de Caldas viene aplicando las políticas contables establecidas, basadas en la normatividad contable vigente, y con esto se verifica el correcto registro de los hechos económicos.	10/07/2025																	
															3	Revisar que se esté aplicando el Catálogo General de Cuentas actualizado y el uso de la cuenta contable adecuada al hecho económico. Además, verificar que los criterios de clasificación de los hechos económicos se hayan aplicado adecuadamente y hacer revisiones periódicas sobre la consistencia de los saldos que revelen las diferentes cuentas y rubros.	Bajo	36%	Menor	29%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	Se verifica que se este aplicando el catalogo general de cuentas vigente, emitido por la Contaduría General de la Nación, actualmente Version 2015.21	10/07/2025	El catalogo general de cuenta se encuentra actualizado																
															4	Verificar que los criterios de medición utilizados para el reconocimiento de los hechos económicos correspondan a los establecidos en el marco normativo aplicable a la entidad, al igual que la medición revele de los hechos económicos sea confiable.	Bajo	22%	Menor	29%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	La Universidad de Caldas viene aplicando las políticas contables establecidas, basadas en la normatividad contable vigente, y con esto se verifica el correcto registro de los hechos económicos.	10/07/2025	La Universidad de Caldas viene dando aplicación a los criterios y lineamientos en materia de política contable con lo cual la Administración tiene la completa seguridad de que la información registrada y presentada es efectiva, confiable y fiable para la toma de decisiones.																
															5	Aplicar de manera adecuada las normas establecidas en el Régimen de Contabilidad Pública, así mismo comprobar que la numeración de los vouchers contables generados por la entidad correspondan a un orden consecutivo. Comprobar la integridad, existencia, organización y archivo de los soportes contables, la causalidad oportuna y el correcto registro de todas las operaciones llevadas a cabo por la entidad y verificar periódicamente que los sistemas de información reflejen los interfaces y ajustes en forma adecuada y la completitud de los registros contables.	Muy Bajo	13%	Menor	29%	Bajo	Aceptar						30/06/2025	Se ha validado la correcta aplicación de la normatividad vigente, emitida por la Cnbaduría General de la Nación, así mismo que los comprobantes contables sean procesados de forma consecutiva.	10/07/2025	Las auditorías dan cuenta que efectivamente se está dando cumplimiento a la normatividad aplicable, se constató causaciones oportunas, registros ordenados y archivados de manera consecutiva, información que suministran los responsables una vez se solicita, lo cual permite concluir la eficiencia y eficacia en la tenencia y manejo de la información contable registrada.																
															6																																
FINANCIERA	2	Económico	Desconocimiento del manual de políticas de la institución.	Adopción inapropiada del marco normativo de la entidad, así como la falta de definición de políticas contables para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos. Aplicación de políticas contables que desbordan lo establecido en el marco normativo aplicable a la entidad o que no son permitidas por este para el reconocimiento, selección incorrecta del criterio de medición posterior aplicable al hecho económico. Omisión de la medición posterior del hecho económico cuando la entidad está obligada a ello. Realización de cálculos errada o aplicación de criterios de medición posterior que no corresponden con la norma	Posibilidad de incurrir en errores en la aplicación del manual de políticas contables no coherente con el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos establecidos en el marco normativo determinado por la CGN Contaduría General de la Nación, por error en la adopción aplicación inapropiada del marco normativo	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Verificar que se aplique el marco normativo correspondiente a la entidad.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar								30/06/2025	Se ha verificado y garantizado la aplicación de las políticas contables establecidas, basadas en el marco normativo vigente.	07/2025	Si, se ha verificado a través de las auditorías. La Oficina de Contabilidad verifica la correcta aplicación de los registros contables. Los resultados de las auditorías dan cuenta que se han fortalecido los controles, mediante capacitaciones al grupo de colaboradores con especial énfasis a los centros de gastos.														
															2	Garantizar la aplicación de las políticas contables, incluyendo todos los criterios necesarios para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos.	Bajo	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	Se ha verificado y garantizado la aplicación de las políticas contables establecidas, basadas en el marco normativo vigente.																		
															3																																
															4																																
															5																																
															6																																
FINANCIERA	3	Económico Regulatorio	Numerosos procesos que se realizan de manera manual	Incorrecta del criterio de medición posterior aplicable al hecho económico. Omisión de la medición posterior del hecho económico cuando la entidad está obligada a ello. Realización de cálculos errada o aplicación de criterios de medición posterior que no corresponden con la norma	Posibilidad de incurrir en sanciones por no realizar oportunamente la medición posterior de la Universidad que no manifiesta los hechos económicos al final del periodo contable, por realizar inadecuadamente el proceso de medición posterior y por errores involuntarios en los cálculos por procesos manuales.	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Verificar que los hechos económicos incorporados se midan con posterioridad conforme a los criterios de medición establecidos para cada elemento de los estados financieros.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar								30/06/2025	Efectivamente la Universidad de Caldas realiza la medición posterior, con el propósito de constatar que los estados financieros reflejen la situación real de la Institución; de todas formas la medición se cumple en sujeción a las políticas contables y normatividad aplicable.	30/07/2025															
															2	Verificar que los valores calculados correspondientes a la depreciación, amortización, agotamiento y deterioro, entre otros, se han efectuado adecuadamente.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	Para la medición posterior se ha validado que la Universidad de Caldas de aplicación a la normatividad vigente y a sus políticas contables.	30/07/2025																	
															3	Revisar y ajustar periódicamente la vida útil de la propiedad planta y equipo.	Bajo	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/06/2025		30/07/2025																	
															4	Verificar que se estén aplicando adecuadamente los procedimientos establecidos para la baja en cuentas.	Bajo	36%	Menor	25%	Moderado	Aceptar						30/06/2025		30/07/2025																	
															5																																
															6																																

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																					
FINANCIERA	4	Economico/Regulatorio	Numerosos procesos que se realizan de manera manual	No generación ni presentación de estados financieros. Presentación inoportuna de estados financieros a los distritos usuarios. Omisión en la publicación de los estados financieros. No utilización de la información financiera para la toma de decisiones. Inconsistencia entre las cifras presentadas en los estados financieros y los saldos reflejados en los libros de contabilidad. Omisión de	Posibilidad de incurrir en sanciones e hallazgos de los entes de control por información no fiable y sin relevancia, adicional a revelaciones insuficientes en la presentación de los estados financieros y sus notas, debido a la demora en la presentación de estados financieros y la omisión de datos importantes.	Ejecución y Administración de procesos	365	Medio	60%		El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Comprobar que la información financiera sea suministrada oportunamente al representante legal de la entidad y demás usuarios internos de la información. Verificar que el reporte de información financiera sea suministrado oportunamente a la Contaduría General de la Nación y que corresponda con los estados financieros.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar									Se ha comprobado que la información financiera sea suministrada a las entidades de control de forma oportuna y con calidad. Asimismo que los estados financieros tengan los criterios de Medición, reconocimiento, presentación y revelación de los hechos económicos.	30/06/2025	La Oficina de Control Interno de Gestión ha constatado la entrega oportuna y fidedigna de la información financiera requerida por los diversos entes de control.																			
																2	Verificar que la información financiera sea suministrada oportunamente a los organismos de inspección, vigilancia y control y demás usuarios. Verificar que la información financiera pueda ser consultada por los interesados.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar																														
																3	Verificar que la información financiera suministrada a la alta dirección esté acompañada de un adecuado análisis e interpretación. Establecer indicadores pertinentes para realizar los análisis e informar adecuadamente la situación, resultados y tendencias en la gestión de la entidad.	Medio	60%	Menor	25%	Moderado	Evitar																														
																4	Verificar que, para cada elemento de los estados financieros revelados en las notas, se hayan aplicado los criterios específicos de revelación establecidos en el marco normativo aplicable a la entidad. Comprobar que las notas a los estados financieros revelen información que, por su materialidad, requiera presentar una explicación a través de información que aporte valor agregado a los estados financieros.	Medio	60%	Leve	19%	Moderado	Aceptar																														
																5	Verificar que exista concordancia entre las cifras expuestas en los estados financieros y los saldos desagregados en las notas.	Medio	60%	Leve	14%	Moderado	Aceptar																														
																6																																					
FINANCIERA	5	Economico/Regulatorio	Debilidad en los sistemas de información asociados a virus en la red	Vulnerabilidad del sistema de información financiero por la obsolescencia del hardware y software y/o seguridad de la red de internet	Posibilidad de pérdida de recursos financieros por vulnerabilidad en la seguridad física e informática del área financiera.	Fraude Externo	365	Medio	60%		El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Validar el cumplimiento de requisitos de cada cuenta por pagar radicada en tesorería para autorizar el pago de la misma.	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar										Una vez validado el cumplimiento de requisitos en presupuesto y contabilidad de las cuentas por pagar, al 30 de junio de 2025 la tesorería ha ejecutado 10861 pagos de las cuentas validadas correctamente, según anexo 1.	30/06/2025	Hemos constatado que la Tesorería realiza los pagos, previa verificación del cumplimiento de requisitos por parte de las áreas de Presupuesto y Contabilidad.																		
																2	Contar con equipos de cómputo de uso exclusivo para el manejo de los sistemas de banco de la Tesorería y el Pagador de la Universidad	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar																														
																3	Presentar al proveedor Data & Service alertas tempranas sobre situaciones sospechosas que ocurren en los equipos de uso exclusivo para el manejo de plataformas bancarias	Medio	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar																														
																4																																					
																5																																					
																6																																					
FINANCIERA	6	Regulatorio	Falta de planeación y programación presupuestal inadecuada.	Fallas técnicas y humanas al generar reportes que no muestran la realidad presupuestal debido al incumplimiento normativo o a fallas del sistema	Posibilidad de hallazgos de los entes de control y pérdida de imagen y credibilidad por baja ejecución presupuestal del presupuesto de vigencia o rezago y alta constitución de reservas presupuestales	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	12	Bajo	40%		El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Verificar los cambios normativos y realizar la revisión y ajustes a los procedimientos, con el fin de dar cumplimiento a las actividades previstas a la normativa vigente.	Bajo	24%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar									Entre el 30 de junio de 2024 y el 30 de junio de 2025 se han actualizado tres instructivos: 1. INSTRUCTIVO PARA RECEPCIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS <a href="http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODE&amp;versionDoc=4&amp;codProceso=GF">http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODE&amp;versionDoc=4&amp;codProceso=GF</a> 2. INSTRUCTIVO PARA LA AUTORIZACIÓN DE COMPROMISO PRESUPUESTAL <a href="http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODA1&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF">http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODA1&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF</a> 3. INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE RESERVAS PRESUPUESTALES, CUENTAS POR PAGAR Y VIGENCIAS FUTURAS <a href="http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODA2&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF">http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/ListaDetalleInstructivo.php?codDoc=ODA2&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF</a>	30/06/2025	Cualquier cambio, modificación o ajustes en la normatividad y procedimientos contables se materializa mediante instructivos que se actualizan en el SIG y se socializan por el correo institucional.																			
																2	Realizar seguimiento a los registros realizados en el sistema financiero, para evitar diferencias en los reportes generados.	Bajo	24%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																														
																3	Realizar conciliación mensual de las cifras registradas en el sistema financiero.	Bajo	24%	Menor	34%	Moderado	Aceptar																														
																4	El profesional especializado de presupuesto verifica la afectación del gasto, la imputación y la cuenta. Asimismo, se realiza la validación sobre los soportes y la información del sistema, se verifica saldo, rubro.	Bajo	24%	Menor	25%	Moderado	Aceptar																														
																5	El profesional especializado de presupuesto verifica rubro a afectar y forma de registro.	Bajo	24%	Leve	19%	Bajo	Aceptar																														
																6																																					

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
FINANCIERA	7	Económico / Regulatorial	Devoluciones a los centros de gastos por inconsistencias o documentación incompleta, calidad y fallas en internet afectando el sistema financiero; no dar prioridad a pagos urgentes	Demoras en la radicación de cuentas por parte de los centros de gastos	Posibilidad de pérdida de imagen institucional y afectación económica por mora en pagos a terceros.	Ejecución y Administración de procesos	14000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	Capacitar al personal externo en el correcto envío de la documentación a la Oficina Financiera.	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar								30/06/2025	El 18 de septiembre de 2024 se realizó una jornada de capacitación dirigida a todos los funcionarios que manejan el presupuesto de las unidades ejecutoras. El objetivo de dicho espacio era reorientar a las asistentes frente a los requisitos en el envío de la información a la oficina financiera. Igualmente de manera periódica se hace retroalimentación al personal de todas las unidades Académico-Administrativas de manera presencial, ayudando a aportar alternativas de solución ante diferentes situaciones que se puedan presentar por errores involuntarios, por falta de seguimiento a los procesos, etc.	30/07/2025	En diversas oportunidades recibimos información, acerca de las capacitaciones brindadas a los funcionarios del área financiera, centros de gastos y demás unidades académico-administrativas.														
															2	Actualizar la política de pagos en lo relacionado con el tema de los tiempos establecidos, dando especial énfasis en que la política de cero papel ocaciona mayor tiempo en el proceso de pago.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	A la fecha en el Sistema Integrado de Gestión, la Oficina Financiera cuenta con los siguientes procedimientos relacionados con pagos: C-GF 886 Vs.1 del 25/08/2020, I-GF 840 Vs.4 del 26/07/2022, G-GF 837 Vs. 4 del 11/04/2023, I-GF-128 Vs 7 del 14/11/2023 los cuales contienen tiempos establecidos de pagos. Estos se vienen dando en un tiempo menor toda vez que la oficina financiera ha implementado, un Drive, que permite agilizar y brindar mayor oportunidad de respuesta a toda la comunidad universitaria. El comportamiento de pago es bueno y positivo, sin recibir quejas, sanciones o liquidaciones de intereses moratorias, por no cumplimiento o demoras en los pagos (una vez radicados los documentos), sin embargo, periódicamente se brinda asesoría a todas las unidades ejecutoras con relación a dicho Drive, el cual es de manejo exclusivo de la Oficina Financiera. Adicionalmente y teniendo en cuenta que se viene trabajando en la institución la "cultura del cero papel", le correspondió a Secretaría General, el cumplimiento de sus funciones afines a la salvaguarda de los documentos públicos de la Institución, y el establecimiento de directrices en materia de administración de documentos, para lo cual se está recibiendo acompañamiento y "capacitación personalizada para la aplicación del proceso de transferencias"; se están definiendo las actualizaciones del SIC Vs Admarchi. Importante reportar, que el consumo de papel en la oficina, se ha reducido en un 80% aproximadamente.	30/07/2025	La Oficina de Control Interno de Gestión ha constatado normalización en la gestión de pagos y otras situaciones inherentes al área, mediante el seguimiento realizado a las PQRs, en las cuales no se observan novedades que den cuenta de actuaciones que vayan en contravía de brindar atención oportuna y eficaz.																
															3	Mejorar los equipos de computo y los tc's al interior de la oficina financiera.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	De manera periódica se solicita a la oficina de Sistemas, revisión a los equipos de cómputo de los funcionarios de la oficina Financiera, detectando necesidades de cambio y actualizaciones, para lo cual durante el primer semestre de año 2025 nos han cambiado 12 equipos completamente nuevos para los funcionarios que manejan los procesos más ágidos de la oficina, actualización puntos de red categoría 7A, AP enalambro, cambio de discos duros sólidos, dispositivos wit.	30/07/2025	Es evidente el avance y la modernización en materia tecnológica en el área financiera.																
															4																																
															5																																
															6																																
FINANCIERA	8	Económico / Regulatorial	Reprocesos en la elaboración de documentación. Políticas de pagos no alineadas a las capacidades y necesidades de la Universidad.	Errores en la elaboración de las conciliaciones bancarias por procesos manuales.	Posibilidad de hallazgos de los entes de control o sanciones económicas por información financiera que no refleja la realidad de la institución, en términos de revelación, pertinencia, confiabilidad y oportunidad.	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Realizar sistematización del proceso de conciliaciones bancarias en el sistema Financiero	Bajo	40%	Menor	39%	Moderado	Aceptar								30/07/2025	Con el proyecto que se viene desarrollando para la integración de los Sistema Académico SIA y el Sistema de Gestión Financiero SGF, para el segundo semestre del 2025, a cargo de la oficina de Sistemas, una vez en producción y con las debidas pruebas, se explorará y solicitará la validación de sistematizar el proceso de las conciliaciones bancarias en el Sistema de Gestión Financiero.	30/07/2025	La Oficina de Control Interno de Gestión, reconoce la urgente necesidad de parametrizar en el SIA la generación del soporte de pago de los servicios académicos que ofrece la Universidad, a fin de contribuir con la identificación inmediata de terceros, en el proceso de conciliaciones bancarias.														
															2	Revisión y actualización de las tablas de retención documental y de valoración documental de la Oficina Financiera, respecto de los cambios previstos en los procedimientos.	Bajo	40%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	Se cuenta con las tablas de retención documental y de valoración documental de la Oficina Financiera, acorde con los procedimientos.  Diagnóstico, revisión y actualización de las tablas de retención documental, esta asignado a la Secretaría General de la Universidad, quienes nos brindan acompañamiento para identificar el estado actual de la documentación, tanto en soporte papel como en medio electrónico, con miras a garantizar la adecuada organización, conservación y disposición final, en concordancia con la normatividad archivística vigente.  A la espera de recibir información del trámite a seguir para el manejo de la documentación física que se tiene en la oficina relacionada con todos los procesos propios de la Financiera, para la respectiva migración de la documentación.	30/07/2025	Efectivamente el proceso cuenta con las TRD convalidadas desde 2021 por el Archivo General de la Nación. Asimismo el instrumento TVD.  A la fecha se pudo constatar que se adelantan un proceso de diagnóstico a los expedientes físicos y electrónicos de la Oficina Financiera, en una actividad conjunta con el prowerder del Sistema de Gestión Documental ADMARCHI.																
															3	Modificar y socializar las plantillas de resumo de información con cada centro de gasto para evitar envío de documentación errónea y reprocesos.	Bajo	40%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/06/2025	Como se mencionó anteriormente, entre el 1 de julio de 2024 y 30 de junio de 2025 se actualizaron tres instructivos uno de los cuales incluyó la actualización de un formato:  INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE RESERVAS PRESUPUESTALES, CUENTAS POR PAGAR Y VIGENCIAS FUTURAS <a href="http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/vistaDetalleInstructivo.php?toolDoc=ODAZ&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF">http://sig.ucaldas.edu.co/gestor/Documental/vistaDetalleInstructivo.php?toolDoc=ODAZ&amp;versionDoc=3&amp;codProceso=GF</a>  La socialización de los instructivos nuevos y las modificaciones, en principio lo hace la Oficina de Planeación y Sistemas. Desde la Oficina Financiera en el mes de diciembre cuando se hizo el envío del correo de solicitud para la constitución de las reservas presupuestales y cuentas por pagar se hizo énfasis en que debía hacerse conforme al instructivo actualizado. Como puede apreciarse en la hoja "Evidencia, impacto_6"	30/07/2025	Constatamos que los instructivos se encuentran registrados en el SIG.																
1	Reclamación a la compañía de seguros adjuntando la documentación requerida para afectación de póliza.	Medio	60%										14/07/2025	Control implementado, se ejecuta el trámite ante la compañía de seguros en busca del pago del siniestro					Aceptar							14/07/2025	La pérdida de bienes se reportó a la compañía de seguros y dependiendo de la cuantía y antigüedad del bien informan si da lugar o no a indemnización. Cuando se evidencia presunto descuido se reporta el hecho al Grupo de Control Disciplinario para las responsabilidades a que haya lugar.	30/07/2025																			



Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																	
CURSOS	5	Económico/Regulatorio	Falta de articulación entre las diferentes unidades académico-administrativas de la Universidad.	Falta de articulación con autoridades ambientales derivadas del incumplimiento de requisitos legales ambientales en la institución.	sanciones por autoridades ambientales derivadas del incumplimiento de requisitos legales ambientales en la institución.	Ejecución y Administración de procesos	365	Medio	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	#REF!	#REF!	#REF!	2	Verificar periódicamente el cumplimiento de la normatividad ambiental aplicable a las actividades desarrolladas dentro de la Universidad. El responsable del control es el Profesional en Gestión Ambiental. La evidencia de control es el acta de seguimiento.	Medio	60%	Leve	0%	Moderado	Aceptar					16/07/2025	Se realizan visitas periódicas, especialmente a las granjas de la Universidad, las cuales se documentan mediante actas de seguimiento con el fin de registrar el estado actual, dar continuidad a observaciones realizadas y verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Estas acciones permiten prevenir la ocurrencia de procesos sancionatorios por posibles incumplimientos a la normatividad ambiental vigente aplicable a dichas actividades. Adicionalmente, se desarrollan jornadas de capacitación dirigidas a los docentes, orientadas a socializar la normativa ambiental vigente aplicable a la Universidad, con el propósito de que esta sea tenida en cuenta y aplicada conforme a las actividades que ellos ejecutan en los diferentes campus.	30/07/2025	En la auditoría al SG-SST pudimos constatar el cumplimiento de la Oficina de Gestión Ambiental respecto al seguimiento que sobre el tema ambiental atañe a las Granjas de la Universidad, relacionadas con compromisos adquiridos y capacitaciones sobre normatividad aplicable en esta materia.																			
DOCUMENTALES	1	Económico/Regulatorio	Desactualización de los instrumentos archivísticos	Incumplimiento de los lineamientos establecidos para la gestión documental por parte de las unidades productoras	Posibilidad de sanciones a la institución por incumplimiento de las normas archivísticas vigentes	Ejecución y Administración de procesos	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Actualización de los instrumentos archivísticos de Gestión Documental según la normatividad vigente. El responsable del control es Administración de documentos. Tiempo: Cuando sea requerido	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							29/07/2025	Riesgo no materializado, sin embargo la universidad cuenta con sus instrumentos archivísticos debidamente actualizados y con sus correspondientes seguimientos para la vigencia 2024, para la vigencia 2025 se encuentran sus seguimientos y se tiene prevista la aprobación de su actualización para el día 29 de julio de 2025 por el comité interno de archivo.	30/07/2025	Efectivamente la Universidad sede Caldas cuenta con instrumentos archivísticos actualizados y seguimientos. Se constató que la actualización de los instrumentos fueron aprobadas por el Comité Interno de Archivo el 29/07/2025.																	
															2	Visita a las diferentes unidades productoras para verificar la aplicación de los instrumentos archivísticos y la normativa vigente.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						20/07/2025	Riesgo no materializado. Se realiza seguimiento constante mediante visitas de acompañamiento a las unidades productoras de documentación y adicional se hace verificación mediante el sistema admarchi web para los diferentes procesos archivísticos.	30/07/2025	El apoyo a las unidades productoras de documentos, por parte de la Oficina de Gestión Documental, es constante y oportuno. Asimismo brindan según requerimientos de los usuarios, asesoría individual para el manejo adecuado del sistema ADMARCHI																		
															3	Capacitaciones realizadas en las inducciones de funcionarios nuevos y personalizadas de acuerdo con las solicitudes realizadas.	Bajo	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Riesgo no materializado. Gestión documental se encuentra incluido dentro del plan de capacitación de inducción a funcionarios nuevos programadas por parte de la oficina de gestión humana, donde se socializa todo el proceso de gestión documental y atención al ciudadano, allí mismo se informa a los asistentes que se debe solicitar una capacitación personalizada, con el fin de brindar una información más detallada del proceso.	30/07/2025	Este proceso de capacitación es ofrecido de manera presencial por los funcionarios de Gestión Documental, quienes se aseguran de que la persona interesada aprenda integralmente el manejo del sistema.																		
															4																																		
															5																																		
															6																																		
DOCUMENTALES	2	Regulatorio	Desconocimiento y/o deficiente competencia para el manejo del sistema de gestión documental por parte de los usuarios de todas las dependencias	Falta de políticas para la administración y gestión de los documentos electrónicos	Posibilidad de pérdida de confiabilidad, integridad y consistencia de la información en el sistema de gestión documental.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Potencializar el software de gestión documental optimizando los recursos tecnológicos que ofrece el herramienta admarchi. El responsable del control es administración de documentos. Tiempo: Permanente	Medio	60%	Menor	39%	Moderado	Aceptar						29/07/2025	Riesgo no materializado. Se hace seguimiento constante al módulo admarchi en conjunto con el proveedor del servicio a fin de que permanezca actualizado y ajustado a las necesidades de la entidad y se realizan actualizaciones constantes.	30/07/2025	El sistema se viene ajustando a las necesidades de los usuarios, procurando que cada vez sea más amigable, para ello las actualizaciones deben responder a los diversos requerimientos manifestados por los usuarios del sistema																		
															2	Capacitar a los usuarios del sistema admarchi en toda la institución, principalmente en las actualizaciones y mejoras de sistema. El responsable del control es administración de documentos. Tiempo: Permanente	Bajo	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					26/07/2025	Riesgo no materializado. Una vez se realizan actualizaciones o mejoras al sistema se socializan mediante comunicaciones y capacitaciones a los usuarios.	30/07/2025	Estas actividades se vienen cumpliendo de manera oportuna																			
															3	Elaborar políticas para la administración y gestión de los documentos electrónicos. El responsable del control es administración de documentos.	Bajo	36%	Menor	29%	Moderado	Aceptar					26/07/2025	Riesgo no materializado. De manera permanente se emiten guías para el manejo de los mismos y se mantiene un acompañamiento constante a los funcionarios encargados de los documentos para su manejo.	30/07/2025	Si a través de la página y correo institucional remiten guías para el manejo del sistema y como se expresó antes, los funcionarios de la oficina responsable están prestos a brindar la asesoría requerida.																			
															4																																		
															5																																		
															6																																		
DOCUMENTALES	3	Económico/Regulatorio	Omisión de la respuesta oportuna a los peticionarios.	Reproceso por incumplimiento de los tiempos de respuesta de las PQRS por parte de las unidades académicas y administrativas	Posibilidad de sanciones por incumplimiento de los tiempos de respuesta de las PQRS por parte de las unidades académicas y administrativas	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Implementación de alertas en el sistema admarchi para evitar el vencimiento de términos. El responsable del control son los funcionarios de ventanilla única.	Medio	60%	Menor	39%	Moderado	Aceptar					29/07/2025	Riesgo no materializado. El módulo admarchi web PQRSDF se encuentra parametrizado para el envío de alertas a los responsables evitando así el vencimiento de los términos, desde la oficina de atención al ciudadano se realiza un seguimiento constante a las mismas	30/07/2025	Las estadísticas dan cuenta que el módulo ADMARCHI web PQRSDF se encuentra parametrizado, en razón a que la mayoría de estas solicitudes son respondidas de manera oportuna.																			
															2	Envío de notificaciones 5 días antes del vencimiento de términos a la unidad responsable de dar respuesta a las PQRS. El responsable del control son los funcionarios de ventanilla única.	Bajo	36%	Menor	39%	Moderado	Aceptar					29/07/2025	Riesgo no materializado. Desde la oficina de atención al ciudadano, además de contar con las alertas emitidas por el sistema, se envía notificación vía correo electrónico y telefónico a partir de los 5 días anteriores al vencimiento de la petición hasta su cierre o finalización, así mismo se cuenta con un registro y seguimiento interno a cada una de estas de manera manual.	30/07/2025	El proceso se viene cumpliendo en los términos expresados por el requerimiento del sistema																			
															3	Capacitación permanente a los funcionarios de la ventanilla única, principalmente en el correcto direccionamiento de las PQRS y el manejo adecuado del sistema admarchi.	Bajo	36%	Menor	29%	Moderado	Aceptar					26/07/2025	Riesgo no materializado. Desde el grupo interno de gestión jurídica y en cabeza de la secretaria general brindan capacitaciones y acompañamientos constantes a los funcionarios encargados del manejo de la ventanilla única.	30/07/2025	Estas actividades de asesoría y capacitación a los funcionarios de Administración de Documentos, es frecuente.																			
JURÍDICA	1	Económico/Regulatorio	Desconocimiento de la normativa nacional e institucional	Incumplimiento de demandas en contra de la Universidad que acarrearán sanciones	Posibilidad de incrementos en el número de tutelas y faltas disciplinarias de petición	Ejecución y Administración de procesos	246	Medio	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	1	Capacitaciones o boletines pedagógicos o cursos electrónicos informativos referentes a la aplicación de la normativa institucional y nacional relativa a la Universidad.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						26/07/2025	Desde el Consejo Superior y Académico se remiten los Acuerdos aprobados en cada corporación para conocimiento de la comunidad universitaria, y de igual forma la Secretaría General hace el envío de un boletín pedagógico a toda la comunidad universitaria con las normas aprobadas en los últimos meses.	30/07/2025	Las decisiones adoptadas en ambos Consejos son comunicadas a docentes y empleados. Asimismo el boletín es remitido vía correo electrónico, cada que se produce.																		
															2	Fortalecimiento de competencias del equipo jurídico.	Bajo	22%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar					25/07/2025	Los abogados se han capacitado a través de capacitaciones programadas por Gestión Humana, y a través de E-Kogal.	30/07/2025	Efectivamente los abogados del área jurídica participan en estas capacitaciones, de conformidad con el cronograma dispuesto por Gestión Humana.																			
															3	Aplicación de medidas preventivas y correctivas derivadas de la política de prevención de daño antijurídico.	Muy Bajo	13%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar					26/07/2025	Se ha dado cumplimiento al plan de acción de la Política de Prevención de Daño Antijurídico de acuerdo a los tiempos establecidos en aquella	30/07/2025	La información da cuenta que se viene dando cumplimiento a los tiempos dispuestos en el Plan de Acción de la Política de Prevención de Daño Antijurídico.																			
															4																																		
															5																																		
															6																																		
DOCUMENTALES	2	Regulatorio	Debilidades en la competencia técnica de los funcionarios de atención al ciudadano para dar trámite a las PQRSDF	Incumplimiento a una respuesta clara, oportuna, de fondo a los derechos de petición	Posibilidad de incrementos en el número de tutelas y faltas disciplinarias de petición	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Realizar comunicaciones a la comunidad universitaria y a la ciudadanía en general informando sobre el debido manejo del Sistema de Atención al Ciudadano para atender las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						25/07/2025	En el mes de septiembre se envió la circular No. 7 referente a TRÁMITES PQRSDF A TRAVÉS DEL SISTEMA GESTIÓN DOCUMENTAL ADMARCHI. La comunicación del presente año está en construcción por parte del Grupo de Gestión Documental.	30/07/2025	Continúa en construcción la circular, en razón a que se pretende involucrar diversos lineamientos que ofrecen más claridad a la comunidad universitaria.																		
															2	Realizar capacitaciones a las distintas dependencias de la Universidad en materia del desarrollo del derecho de petición, violación de derechos fundamentales y acción de tutela.	Bajo	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					25/07/2025	Se han realizado varias capacitaciones en estas materias a varias dependencias de la Universidad de Caldas	30/07/2025	Las capacitaciones se han cumplido																			
															3	Capacitar a los funcionarios de atención al ciudadano (ventanilla única), en temas relacionados con el trámite, gestión y orientación de las PQRSDF.	Bajo	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar					26/07/2025	Se efectuó la capacitación a los funcionarios de atención al ciudadano por parte de un abogado de Gestión Jurídica en septiembre de 2024	30/07/2025	En la fecha informada, la capacitación se impartió al equipo de trabajo de Gestión Documental																			
															4																																		
															5																																		
															6																																		

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
GESTIÓN JURÍDICA	3	Regulatoria	Debilidades en el suministro de información por parte de las dependencias encargadas	Debilidades en la consistencia de los censos electorales	Posibilidad de irregularidades en la ejecución de los procesos electorales	Ejecución y Administración de procesos	3	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Previamente a la realización de las elecciones, el Comité Central de Elecciones de la Universidad, la Secretaría General, los Decanos, los Consejos de Facultad o los Directores de Departamento verifican los requisitos, padrones electorales y la información necesaria que deben suministrar las dependencias involucradas en el proceso, para la adecuada y efectiva realización de los procesos electorales.	Alta	40%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							25/07/2025	Los procesos electorales convocados por el Comité Central de Elecciones, en especial en la elección de Decanos realizada en marzo, han contado con una etapa de coordinación entre los diferentes actores intervinientes de la administración, con la finalidad de proscribir inconvenientes de orden técnico y jurídico. En las elecciones a cargo de los Decanos, los Consejos de Facultad o los Directores de Departamento se ha brindado la respectiva asesoría y acompañamiento en los diferentes items de diseño e implementación de los programas.	30/07/2025	En los procesos electorales convocados por el Comité Central de Elecciones ha tenido una participación activa la Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno.															
															2	Requerir a las dependencias encargadas de suministrar los censos electorales, que desarrollen una estrategia para mejorar la calidad de la información requerida para los procesos electorales.	Baja	24%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						25/07/2025	Los requerimientos de los censos se realizaron de forma pertinente, los cuales además fueron allegados en el tiempo correspondiente permitiendo así el desarrollo exitoso de los procesos electorales realizados.	30/07/2025	La Jefe de Control Interno, integrante del Comité Central de Elecciones, da cuenta de la entrega oportuna de los censos electorales.																
															3	Articulación de las bases de datos a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con las Oficinas de Gestión Humana, Egresados y Registro Académico con el fin de que concorden los datos y los reportes en los diferentes sistemas de información	Baja	24%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						25/07/2025	En los diferentes procesos electorales, en especial en la elección de representaciones multitemáticas y de Decano de la Facultad de IAeI, y de cuerpos colegiados realizadas en mayo, se ha observado en integralidad las 7 etapas del procedimiento de conformación de censos, previstas en el art. 15 del Acuerdo 49 de 2018 del Consejo Superior, para lo cual han efectuado gestiones conjuntas en la atención de reclamaciones a los censos provisionales y soluciones de inconsistencias en bases de datos.	30/07/2025	Todo el proceso electoral se cumplió en estricta sujeción a los procedimientos y normatividad aplicable.																
GESTIÓN CONTABILACION	1	Económico y Regulatorial	Omisión respecto de la verificación de la condición del contratista respecto a las inhabilidades, incompatibilidades y prohibiciones.	Desconocimiento del contratista sobre las causales de inhabilidad e incompatibilidad o la omisión del mismo respecto de su condición.	Posibilidad de sanciones de orden legal por celebración de contratos sin el cumplimiento de los requisitos legales	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	2300	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	Revisión por el funcionario encargado del proceso contractual de los documentos aprobados por el futuro contratista para la celebración del contrato.	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar	Acompañamiento permanente: comunicación permanente y técnica con los diferentes centros de gasto, así como con los funcionarios del Grupo IT de Contratación y Convenios encargados del análisis de solicitudes contractuales. Este acompañamiento busca orientar, prevenir errores y mejorar la calidad de la documentación presentada, en pro de procesos contractuales más eficientes y transparentes.	Lider Grupo IT Contratación y Convenios	Durante el año 2025	SEMESTRAL	Revisión de solicitudes y soportes para elaboración de contratos. Evidencias de correos enviados a centros de gastos.	EN EJECUCIÓN	25/07/2025	Lider Grupo IT Contratación y Convenios. EN EJECUCIÓN. Durante el primer semestre del año 2025 se ha sostenido una comunicación constante, técnica y articulada con los diferentes centros de gasto, así como con los funcionarios del Grupo IT de Contratación y Convenios, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo de los procesos contractuales.	30/07/2025	La Oficina de Control Interno ha constatado en diversas oportunidades las sesiones en las cuales el Coordinador del Grupo de Contratación sostiene reuniones con funcionarios de los Centros de Gastos y con su equipo de trabajo, tratando temas relativos a los procesos contractuales.															
															2	Solicitar para todos los contratos la suscripción por parte del formato de declaración de inhabilidades e incompatibilidades	Baja	29%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar	Acompañamiento permanente y capacitaciones: Comunicación permanente y técnica con los diferentes centros de gasto, así como con los funcionarios del Grupo IT de Contratación y Convenios encargados del análisis de solicitudes contractuales. Este acompañamiento busca orientar, prevenir errores y mejorar la calidad de la documentación presentada, en pro de procesos contractuales más eficientes y transparentes. Desarrollo de actividades de capacitación para fortalecimiento de capacidades técnicas.	Lider Grupo IT Contratación y Convenios	Durante el año 2025	SEMESTRAL	Revisión de solicitudes y soportes para elaboración de contratos y desarrollo de capacitaciones. Evidencias de correos enviados a centros de gastos.	EN EJECUCIÓN	25/07/2025	Lider Grupo IT Contratación y Convenios. EN EJECUCIÓN. Durante el primer semestre del año 2025 se ha sostenido una comunicación constante, técnica y articulada con los diferentes centros de gasto, así como con los funcionarios del Grupo IT de Contratación y Convenios, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo de los procesos contractuales.	30/07/2025	En auditoría a la Gestión contractual correspondiente a contratos suscritos en el primer trimestre de 2025, evidenciamos que en todos los contratos aportaron el formato de declaración de inhabilidades e incompatibilidades.															
															3																																
															4																																
															5																																
															6																																
GESTIÓN CONTABILACION	2	Económico y Regulatorial	Inadecuado seguimiento a la ejecución contractual.	Omisión o desconocimiento por parte del funcionario que tiene a cargo la supervisión de las obligaciones que le asiste para la ejecución de los procesos	Posibilidad de incurrir en detrimento patrimonial por inadecuada labor de supervisión o intervención durante la ejecución de los procesos	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	2300	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	Realizar capacitaciones sobre el adecuado ejercicio de la labor de supervisión a docentes y administrativos que le ejerzan, capacitaciones que se realizarán de manera virtual y/o presencial en el evento de información por correo electrónico o cualquier otro medio. El responsable del control es el Grupo Interno de Contratación.	Medio	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	2025 - Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios. Capacitaciones Internas - Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios. Se proyectan cuatro (4) jornadas de capacitación interna. A la fecha se han ejecutado dos (2), con el objetivo de fortalecer conocimientos técnicos, soportes documentales y la comprensión del proceso contractual. Externas - Centros de Gasto y Supervisores Contractuales: Para el segundo semestre de 2025, se tiene programada la realización de siete (7) capacitaciones dirigidas a los centros de gasto, con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas contractuales, la importancia del soporte documental de los contratos, y los principios que rigen la contratación pública. Adicionalmente, se ejecutarán dos (2) capacitaciones dirigidas a los supervisores de contrato, cuyo enfoque será el fortalecimiento del rol de supervisión, garantizando la adecuada ejecución contractual, el cumplimiento de obligaciones, y el mantenimiento de soportes al día. En estas sesiones también se socializará el	Lider Grupo IT Contratación y Convenios	SEMESTRAL	JUNIO DICIEMBRE	Se realizan capacitaciones dentro del periodo se adjuntan soportes de asistencia se da continuidad en el resto del periodo	EN EJECUCIÓN	25/07/2025	Lider Grupo IT Contratación y Convenios. EN EJECUCIÓN. Se han desarrollado dos capacitaciones de cuatro, al Grupo Interno de trabajo de contratación y convenios. Las capacitaciones a centros de gastos y supervisores, se desarrollarán a partir del 30 de julio del 2025.	30/07/2025	En las auditorías al proceso gestión contractual ha sido recurrente la comisión de errores en su gran mayoría imputables a la ausencia de revisión de los documentos y obligaciones por parte de los supervisores de los contratos. Por lo tanto la capacitación en este sentido reviste especial relevancia															

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
R A T A C I O N		Econ		operar de manera adecuada dicha labor.	accidentes de voluntades suscritos por la Universidad.										2	Exigir a la Oficina de Seguridad y Salud en el trabajo capacitaciones para aquellos contratos identificados con riesgo alto, al inicio del mismo. El responsable del control es el superior del contrato. La evidencia es la copia del correo enviado a la oficina de seguridad y salud en el trabajo.	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar	En el marco de las acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión contractual y la mitigación de riesgos asociados, se ha considerado fundamental articular esfuerzos con otras dependencias institucionales, en particular con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Esta articulación tiene como propósito garantizar una adecuada ejecución de los contratos clasificados con nivel de riesgo alto, conforme a la naturaleza de las actividades contratadas y a los criterios establecidos en la matriz de riesgos.	Lider Grupo IT Contratación y Convenios	SEMESTRAL	JUNIO DICIEMBRE	Se realiza acompañamiento a los centros de gastos y capacitación continua lo que ha mejorado notablemente la conformidad de los expedientes contractuales y en general	CONTINUO	26/07/2025	Lider Grupo IT Contratación y Convenios	En el proceso auditor cumplido en la vigencia 2025, constató el equipo auditor que el contrato suscrito con REALTUR para el transporte de estudiantes y docentes en virtud de las salidas académicas y administrativas, cumple con todos los requerimientos, especialmente en lo relacionado con la obligación de contar con un plan de seguridad vial, articulado al plan del SST de la Universidad de Caldas. Asimismo constatamos las capacitaciones y visitas que desde el SG-SST realizan a los contratos para el suministro de alimentos.	30/07/2025	
G E S T I O N H U M A N A	1	Regulatorial	Naturaleza de la vinculación de algunos cargos de la planta temporal.	Deficiencias en el desempeño de los funcionarios frente a la prestación del servicio.	Posibilidad de afectación en la prestación del servicio institucional	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	246	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Reorganización de cargos de la planta administrativa, de acuerdo con las funciones, responsabilidades y necesidades del servicio. El responsable del control es la Jefe de Gestión Humana. Tiempo: Permanente. La evidencia del control son los actos administrativos de reubicación de personas o cargos.	Media	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						26/07/2025	Se realizó el proceso de reclasificación salarial de 50 cargos los funcionarios vinculados al nivel técnico de la planta global así como 15 cargos de la planta temporal, dando cumplimiento al Acuerdo N°78 del 23 de agosto del 2024, que modifica el Acuerdo 60 de 2023 del Consejo Superior y al acuerdo 64 de 2023.	30/07/2025	El Acuerdo 038 del 23/08/2024 expedido en el Consejo Superior da cuenta del proceso de reclasificación salarial		
															2	Desarrollar procesos de capacitación enfocados a subsanar las deficiencias encontradas en el desempeño de los funcionarios. El responsable del control es la Oficina de Gestión Humana. La evidencia del control son los registros físicos o digitales de las capacitaciones realizadas	Baja	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						26/07/2025	En el primer semestre del año 2025 se realizaron actividades de capacitación encaminadas a fortalecer las competencias laborales de algunos funcionarios administrativos, así: • Formación de Auditores para la NTC/ISO 9001:2015. • Seminario virtual información tributaria en medios electrónicos para la DIAN abril 2024. • Nominas, prestaciones y seguridad social en el sector público. Capacitación virtual respecto de la nueva reglamentación de evaluaciones médicas ocupacionales. • Capacitaciones virtual Herramientas de liderazgo para secretarías y asistentes administrativos. • Manejo de PQRESDE. • Ética y Transparencia en la Gestión Pública • Retención gestión académica y curricular, vinculación y labor docente	30/07/2025	Las capacitaciones en competencias laborales, formación de auditores e información tributaria en medios electrónicos, mencionadas por la líder del proceso, se cumplieron en las vigencias 2024 y 2025.		
G E S T I O N H U M A N A	2	Económico y Regulatorial	Fallas humanas en el ingreso de novedades	Falta de certificación de disponibilidad presupuestal para liquidar la nómina, fallas en el sistema de información (SARA WEB).	Posibilidad de no liquidarse la nómina o errores en la misma por fallas humanas o fallas en el sistema de información SARA WEB.	Ejecución y Administración de procesos	52	Media	60%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Cuarenta	100%	Extremo	1	Seguimiento del adecuado funcionamiento del sistema de información SARA WEB para la elaboración de la nómina de la Universidad de Caldas. El responsable del seguimiento del funcionamiento es el líder del grupo interno de trabajo de nómina y el grupo interno de sistemas. La evidencia serán los correos electrónicos y solicitudes realizadas a través de mesa de ayuda	Media	60%	Mayor	65%	Alto	Reducir (mitigar)	Revisión de la puesta en marcha de SARA Web	Sistemas y Gestión Humana	2023	Ene-Jun	Se contó dentro del periodo 2023 y 2024 con plan de mejoramiento relacionado con la mejora del sistema SARAWEB, la revisión y mejora del sistema debe realizarse de manera continua	CONTINUO	26/07/2025	De acuerdo con las validaciones que se realizan diariamente en el sistema, se han solicitado ajustes que han sido atendidos oportunamente al momento de evidenciar los errores. Estos ajustes se han aplicado a los casos puntuales que presentan inconsistencias. Se solicita a Unión Soluciones tomar dichos casos y proporcionar una solución estructural en el sistema que pueda aplicarse a todas las nóminas registradas susceptibles de liquidación. A través de la Jefatura de la Oficina de Gestión Humana, se solicita a la Grupo Interno de Sistemas revisar y verificar todos los casos de inconsistencias que continúan hasta la fecha, mayo de 2025. Se han estado realizando pruebas para brindar una solución definitiva a las inconsistencias reportadas. Actualmente, se llevan a cabo pruebas y actualizaciones del sistema Sara Web con el fin de resolver las inconsistencias señaladas.	30/07/2025	Se requiere por parte de la Oficina de Sistemas su intervención, a fin de que Unión Soluciones resuelva las fallas estructurales que afectan el sistema de liquidación de nómina.	
															2	Realizar comunicaciones oficiales dirigidas a los funcionarios y docentes para recordar los tiempos establecidos para el envío de novedades a la oficina. El responsable es la Oficina de gestión humana. La evidencia son las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico.	Media	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						26/07/2025	Desde el mes de enero de 2025, la Oficina de Gestión Humana envió a los empleados administrativos y docentes las circulares N° 0069 y N° 002 (Recepción de novedades para el primer semestre del año 2025), con el fin de recordarle las fechas en las que deben reportar las novedades que afectan la liquidación de la nómina. El cumplimiento de esta acción ha contribuido a mitigar el riesgo de aplicar novedades extemporáneas que impactan dicho proceso.	30/07/2025	Las circulares mencionadas por la Líder del Proceso han sido remitidas vía correo electrónico a todos los destinatarios.		
															3	Realizar diagnóstico de las posibles causas de los errores cometidos en el cargue de novedades en la nómina, a través de reuniones de equipo dirigidas por la Jefe de Gestión Humana o correos electrónicos enviados por la misma, con el fin de proponer acciones correctivas inmediatas.	Media	42%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						26/07/2025	En las reuniones del Grupo Interno de Trabajo de Nómina y Composición se analizaron las situaciones que surgen al aplicar novedades relacionadas con situaciones administrativas que afectan la liquidación de las nóminas. Según la naturaleza de cada caso, estos se envían a la Asesoría Jurídica de la Oficina de Gestión Humana, al Jefe de la oficina, a la Secretaría General y/o a la Vicerrectoría Administrativa. A partir de esta análisis, se adoptan acciones de mejora y se actualiza la normativa aplicada en la parametrización del sistema Sara Web.	30/07/2025	Con la debida anticipación la Oficina de Gestión Humana remite por el correo electrónico de manera reiterativa, correos en los que informa las fechas en las cuales se deben reportar las novedades relacionadas con situaciones administrativas que afectan la liquidación de las nóminas.		

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION														
GESTIÓN HUMANA	3	Regulatorial	Estado de salud del trabajador, Actos subestándar y factores personales, Factores del trabajo y condiciones ambientales subestándar	Exposición continua e un factor de riesgo o materialización del mismo (biológico, físico, químico, psicosocial, biomecánicos, condiciones de seguridad, fenómenos naturales).	Posibilidad de pérdida de vidas humanas y/o pérdida de la capacidad laboral por ocurrencia de accidentes de trabajo, enfermedad de origen laboral o común	Relaciones Laborales	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efectos publicitarios sostenibles a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efectos publicitarios sostenibles a nivel país	Cauteloso	100%	Extremo	4	Realizar reasignación de funciones en caso de ausentismo en el área de nómina. Los funcionarios del área de nómina están capacitados para asumir cualquier función dentro del equipo. El responsable del control es el líder del grupo interno de nómina y compensación y Jefe de Gestión Humana.	Baja	29%	Menor	34%	Moderado	Aceptar								20/07/2025	de algún funcionario se ausente, otro integrante asuma sus funciones de manera inmediata. Cuando se presente una ausencia temporal en el equipo de nómina, ya sea por incapacidad, vacaciones o permisos personales, el líder del Grupo Interno de Trabajo convoca a una reunión del grupo en la cual se socializa la situación y se toman decisiones para enfrentar la contingencia generada por el ausentismo. Durante dichas reuniones se asignan funciones específicas a los funcionarios que estarán a cargo de las tareas correspondientes durante el periodo de ausencia (vacaciones, incapacidades o permisos). Estos casos son socializados con la Jefe de la Oficina de Gestión Humana para su validación y seguimiento.	30/07/2025	La evidencia de la capacidad de respuesta del equipo de nómina es la puntualidad con la que la Universidad de Caldas cancela el salario a sus funcionarios.													
															1	Programas de capacitación y formación de carácter preventivo en los diferentes tipos de riesgos y peligros asociados a la integridad física y mental de los funcionarios y docentes. El responsable del control es el área de SGSST.	Baja	36%	Cauteloso	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Documentar programa de riesgo químico	SGSST	2022	Ene-Jun	Dentro de la auditoría interna se evidenció la gestión realizada para el programa de riesgo químico, no obstante su revisión y actualización debe ser continua.	TERMINADO	20/07/2025	Se diseñó el Plan Anual de Capacitación Integral, articulado con los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE), con el fin de garantizar la inclusión de temáticas específicas relacionadas con los riesgos a los que están expuestos los funcionarios y docentes. En el marco de este plan, se han implementado jornadas formativas, abordando de manera preventiva los diferentes tipos de peligros identificados en la matriz de riesgos. Particularmente, en relación con el riesgo psicosocial, se han desarrollado acciones de acompañamiento individual y grupal, orientadas al fortalecimiento de técnicas para el manejo del estrés, manejo de las emociones con el objetivo de promover el bienestar mental y emocional de los funcionarios y docentes.	30/07/2025	En el proceso auditor cumplido en el mes de julio al SG-SST se pudo constatar las capacitaciones brindadas y los participantes de conformidad con los formatos de asistencia aportados. El programa de riesgo químico debe ser actualizado y revisado de acuerdo al contexto.														
															2	Promover el uso adecuado de los elementos de protección personal en todos los servidores públicos y trabajadores oficiales. El responsable del control es el área de SGSST.	Baja	22%	Mayor	65%	Alto	Reducir (mitigar)	Ejercicios de concientización para uso adecuado de elementos de protección personal	SGSST	2022	Ene-Jun	Se realiza la entrega de los elementos de protección personal, al mismo tiempo con la ejecución del Plan Anual de Capacitación, se han llevado a cabo actividades de sensibilización sobre el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) en concordancia con los riesgos identificados en cada área de trabajo. Se han realizado inspecciones en los puestos de trabajo, con el propósito de verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de seguridad, identificar condiciones y reforzar las prácticas preventivas entre los servidores públicos y trabajadores oficiales.	CONTINUO	20/07/2025	Se realiza la entrega de los elementos de protección personal, al mismo tiempo con la ejecución del Plan Anual de Capacitación, se han llevado a cabo actividades de sensibilización sobre el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) en concordancia con los riesgos identificados en cada área de trabajo.	30/07/2025	En la auditoría al SG-SST constatamos la entrega de los elementos y los beneficiarios de los mismos. Asimismo en la auditoría a la gestión contractual primer trimestre 2025, verificamos el proceso de compra de algunos de estos insumos.														
GESTIÓN BENEFACTOR	1	Económico y Regulatorial	Bajo rendimiento académico por parte del estudiante	Multicausalidad del fenómeno de deserción estudiantil	Posibilidad de disminución en el número de estudiantes a nivel institucional y por programa.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Medida	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Realizar seguimiento permanente a las métricas académicas con el fin de identificar datos específicos que se constituyan en riesgos de deserción.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar									22/07/2025	Cada semestre se realiza seguimiento a las repleturas para realizar acompañamiento a los estudiantes y evitar la deserción, de acuerdo a las estadísticas del Ispades la deserción disminuyó a 5 puntos. Realizar caracterización de los estudiantes.	30/07/2025	Es claro que este seguimiento se viene haciendo												
															2	Revisar permanentemente los factores que generan deserción en conjunto con los directores programa, para identificar riesgos potenciales a partir de la retroalimentación.	Baja	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						20/07/2025	Durante cada semestre se realizan acciones como identificación de los estudiantes que se encuentran en los diferentes niveles de repleturas: primera, segunda, tercera, cuarta y quinta vez, se informa a las direcciones de programas enviando el listado, se envía correo electrónico a los estudiantes invitando a los talleres presenciales y virtuales, al acompañamiento individual psicosocial, se envían material visual de aprendizaje y se realiza llamada telefónica a los estudiantes.	30/07/2025	El proceso se viene cumpliendo conjuntamente con los directores de programa y el acompañamiento psicosocial.															
															3	Implementar la ruta de apoyo estudiantil por parte del Programa Permanencia con Calidad de la Oficina de Bienestar Universitario	Baja	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						22/07/2025	Dentro del programa de Permanencia con Calidad se tiene la ruta establecida el seguimiento que se realiza a los estudiantes en términos de las condiciones personales, emocionales, académicas, sociales, económicas, familiares, jurídicas, de salud física y mental, desde su ingreso. Dicho seguimiento se realiza con base en la información que arroja la caracterización psicosocial, las solicitudes directas, las remisiones recibidas y los diferentes indicadores y datos de tipo académico emanados de los sistemas de información internos.	30/07/2025	Se viene efectuando el acompañamiento integral a los estudiantes conforme a los resultados de la caracterización psicosocial, intervenciones, indicadores e informes académicos.															
															4	Diseñar e implementar estrategias para el levantamiento de información sobre el fenómeno de la deserción estudiantil para la toma de decisiones.	Baja	36%	Menor	25%	Moderado	Aceptar						22/07/2025	Caracterización psicosocial e identificación de la población en riesgo: consiste en el reconocimiento del perfil y condiciones de ingreso de los estudiantes para la detección temprana de situaciones de orden económico, académico, psicosocial, familiar, jurídico, físico y/o funcional y mental, que puedan afectar su permanencia en la Universidad. Esto se logra a través de la caracterización psicosocial que se realiza durante el proceso de admisión de los estudiantes y de manera regular semestralmente por parte de la Oficina de Bienestar Universitario (IPS universitaria o quien haga sus veces)	30/07/2025	Desde la Oficina de Bienestar Universitario mediante la caracterización psicosocial se viene detectando, alertando y haciendo seguimiento a los posibles casos de deserción estudiantil.															
															5																															
															6																															
GESTIÓN BENEFACTOR	2	Regulatorial	Calificación desfavorable en la medición de satisfacción de los programas de bienestar	Desconocimiento de los servicios ofrecidos por la Oficina de Bienestar y deficiencias en la comunicación de los mismos.	Posibilidad de disminución en la percepción de satisfacción de los programas de bienestar	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Desarrollar estrategias de comunicación para los programas de bienestar en conjunto con la oficina de prensa, con el fin de incrementar el flujo de los mismos. La evidencia son noticios en el botellín de prensa o mailing o actualización de contenidos en página web, post en redes sociales, entre otros.	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar									21/07/2025	Durante el periodo evaluado, no se materializó el riesgo regulatorio relacionado con una posible calificación desfavorable en la medición de satisfacción de los programas de bienestar. Gracias a las acciones de comunicación y socialización de los servicios ofertados por la Oficina de Bienestar, se logró mitigar el desconocimiento por parte de los usuarios, manteniéndose una percepción positiva sobre los programas, productos y prácticas organizacionales ofrecidas.	30/07/2025	La comunidad universitaria es informada por los diferentes medios de que dispone la Institución, sobre los diversos programas que ofrece la Oficina de Bienestar Universitario, en materia de salud, deportes, campañas y demás prácticas programadas para el usuarios, manteniéndose una percepción favorable y niveles satisfactorios de aceptación de los programas, productos y prácticas organizacionales.												
															2	Diseñar estrategias de participación que vinculen a la comunidad universitaria en programas de prevención y promoción de bienestar.	Baja	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						21/07/2025	Durante el periodo analizado, el riesgo regulatorio asociado a la falta de vinculación de la comunidad universitaria en programas de prevención y promoción del bienestar no se materializó. La implementación de estrategias de participación, diseñadas para involucrar activamente a estudiantes, docentes y personal administrativo en estos programas, permitió una comunicación efectiva y sostenida. Como resultado, la comunidad comprendió adecuadamente los servicios ofrecidos por la Oficina de Bienestar y participó en las iniciativas propuestas, lo que mantuvo una percepción favorable y niveles satisfactorios de aceptación de los programas, productos y prácticas organizacionales.	30/07/2025	La divulgación de estas propuestas y la participación de la comunidad universitaria en programas de prevención y promoción del bienestar no se cumplió con el desarrollo de programas de prevención y promoción en salud y bienestar.															

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
STATAR															3	Mejorar los instrumentos de medición de las encuestas de satisfacción incluyendo métricas objetivas que permitan confrontar los resultados.	Alto	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						21/07/2025	Proceso en curso: bases de datos (consolidación, limpieza, análisis y visualización de resultados), estandarización de procesos (apoyo, instrumentos dinámicos y capacitaciones) y diseño de los indicadores de gestión y de impacto de la Oficina de Bienestar Universitario. Así como un rediseño e implementación de la encuesta de satisfacción con el fin de favorecer los resultados de la gestión específica e identificación de las áreas de mejora para la toma de decisiones y el servicio para la comunidad universitaria.	30/07/2025	Para el equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Control Interno es fundamental diseñar instrumentos confiables y válidos, que muestren de manera precisa, las necesidades, requerimientos y experiencias de la comunidad universitaria; para ello resulta sumamente interesante involucrarla en el proceso de diseño, asegurando así la utilidad y relevancia en la aplicación.																
GESTIÓN BINESTAR	3	Económico y Regulatorial	Permanente actualización normativa por parte de los órganos de inclusión	Deficiencias en la capacidad instalada (recursos humanos, técnicos y físicos) para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en materia de inclusión	Posibilidad de incumplimiento de los lineamientos establecidos por los entes de control en materia de inclusión	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Revisar y ajustar la normativa institucional en materia de inclusión acorde con las capacidades de la Universidad. (Cuando sea requerido)	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						22/07/2025	En CONSTRUCCIÓN plan de acción de lineamiento de educación inclusiva en el cual convergen diferentes instancias de la institución.	30/07/2025	Plan que reviste especial importancia; en razón a que la inclusión y la interculturalidad son esenciales, promover el desarrollo social y emocional de los estudiantes. Las Universidades están llamadas a construir relaciones saludables y a desarrollar habilidades para la vida. Asimismo garantizar que todos los estudiantes independiente de su origen, tengan acceso a educación de calidad enriqueciendo la experiencia universitaria con diversas perspectivas.																
															2	Definir los requerimientos humanos, físicos y tecnológicos para atender a la población con criterio diferencial y remitir a la Vicerrectoría Administrativa para realizar el respectivo análisis presupuestal.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					22/07/2025	Se REQUIERE la contratación de expertos para brindar capacitación docente en estrategias para la educación inclusiva, especialmente sobre discapacidad. Intervención en infraestructura, y señalización audiovisual de la institución.	30/07/2025	Las acciones propuestas son indispensables para la inclusión de discapacitados a la vida universitaria. Resulta crucial implementar estrategias que incluyan la adaptación de entornos físicos (infraestructura adecuada), de comunicación (uso de lenguaje inclusivo) y participación en actividades sociales y educativas. La promoción de una cultura inclusiva para integrar comunidades étnicas y afrocolombianas a la vida universitaria, debe constituir parte primordial del plan de acción de la Oficina de Bienestar Universitario, implementando estrategias que se acerquen tanto a las barreras de acceso como las de adaptación y permanencia, mediante la creación de centros de apoyo, programas de adaptación curricular y acompañamiento académico.																	
															3	Implementar programa de diversidad, interculturalidad e inclusión.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar					22/07/2025	EN EJECUCIÓN Se han desarrollado actividades tales como: Identificación y seguimiento a estudiantes con discapacidad Estudios de caso estudiantes con discapacidad Asignación y acompañamiento de becarios a estudiante con discapacidad Video sensibilización discapacidad Integración y bienestar estudiantes indígenas 2025-1 Comemoración día de la afrocolombianidad Torneo deportivo inter étnicas Socialización áreas de bienestar Universitario con estudiantes indígenas Cine foro estudiantes indígenas Apoyo actividad gastronómica propia estudiantes indígenas Apoyo Torneo Interétnicas Evaluación aspirantes con discapacidad Planeación y ejecución conmemoración día de la afrocolombianidad	30/07/2025																		
DISCIPLINARI	1	Regulatorial	Incumplimiento de los términos de ley en las etapas procesales en los procesos disciplinarios	Prescripción de los procesos disciplinarios e inadecuada gestión en los trámites procesales	Posibilidad de protección inadecuada de la función pública desatando los términos de ley de los procesos disciplinarios	Ejecución y Administración de procesos	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Socializar en las reuniones del Grupo Interno de Control Disciplinario las actividades a desarrollar, con el fin de hacer seguimiento y control de la gestión del grupo y determinar prioridades para el cumplimiento de los términos procesales. Tiempo: Mensual. Evidencia del control: Informe plan de acción.	Alto	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar					15/07/2025	Se ha realizado seguimiento mensual a las actividades desarrolladas por el Grupo Interno de Control Disciplinario, lo cual ha quedado consignado en los informes de gestión presentados oportunamente ante la Secretaría General. Estos informes dan cuenta del avance en el cumplimiento de la gestión disciplinaria, así como de las prioridades establecidas en cada periodo.	30/07/2025	Los informes de gestión y las actas presentadas por el Grupo Interno de Control Disciplinario a la Secretaría General constituyen la evidencia del seguimiento a las actividades de control que cumplen.																	
															2	Seguimiento a los términos de ley de los procesos disciplinarios por parte de los profesionales especializados del Grupo Interno de Control Disciplinario, con el fin de generar alertas para evitar el vencimiento de las etapas procesales en que se logren los fines de las mismas. Tiempo: Quincenal. Evidencia del control: Drive control disciplinario.	Alto	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					15/07/2025	Se han realizado reuniones mensuales con los funcionarios del Grupo Interno de Control Disciplinario para definir metas, establecer cronogramas de trabajo y priorizar los procesos que requieren atención inmediata. Este seguimiento se ha documentado en las actas de institución y en el archivo de Excel de control de términos, los cuales han sido remitidos mensualmente a la Secretaría General como evidencia de la gestión y del control efectivo de las plazas procesales.	30/07/2025																		
PENSIONAL	1	Económico y Regulatorial	Inadecuada revisión de los documentos (lista de chequeo) requeridos para reconocer la prestación económica pensiónal	Incumplimiento del procedimiento establecido para el reconocimiento de las prestaciones económicas pensiónales	Posibilidad de reconocer una prestación económica pensiónal de manera inadecuada	Ejecución y Administración de procesos	246	Medio	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Entre 10 y 50 SMLMV	#REF!	#REF!	#REF!	1	El Técnico Operativo realiza verificación de la lista de chequeo de la prestación económica pensiónal solicitada por el usuario. La evidencia es la lista de chequeo validada.	Alto	36%				Aceptar						22/07/2025	A la fecha se evidencia que el riesgo no se ha materializado, los controles implementados por la profesional especializada y el técnico administrativo se vienen validando a través de la revisión de la lista de chequeo de cada prestación económica, el cual se confirma con la elaboración del acto administrativo correspondiente.	30/07/2025	La lista de chequeo constituye la evidencia respecto a la prestación económica pensiónal solicitada por el usuario y ratificada con la expedición del acto administrativo.																
															2	El Profesional Especializado del área de pensiones realiza verificación de la documentación aportada para la elaboración del acto administrativo de las prestaciones económicas pensiónales. La evidencia es el acto administrativo que reconoce las prestaciones económicas pensiónales.	Alto	36%				Aceptar					21/07/2025	A la fecha se evidencia que el riesgo no se ha materializado, los controles implementados por la profesional especializada y el técnico administrativo se vienen validando a través de la revisión de la lista de chequeo de cada prestación económica, el cual se confirma con la elaboración del acto administrativo correspondiente.	30/07/2025																		
															3																																
															4																																
															5																																
															6																																
GEN		General													1	El técnico operativo elabora el CETL en la plataforma del Ministerio de Hacienda y Crédito Público con las nóminas y las historias laborales suministradas desde el archivo de gestión humana y del archivo central e histórico. La evidencia es el CETL cargado en el sistema con su respectivo consecutivo.	Alto	36%				Aceptar					22/07/2025	A mes de julio no se ha identificado ningún caso de liquidación errónea, se han realizado los controles propuestos verificando las nóminas y las historias laborales, datos que son cargados en la plataforma del Ministerio de Hacienda-Cecl. Posteriormente son revisados y validados por el profesional especializado en el sistema Cecll, para remisión de firma por parte de la Jefe de Gestión Humana.	30/07/2025	En la auditoría al proceso de PQRs no evidenciamos reclamaciones en tal sentido. Contrario a ello, ha sido la única dependencia objeto de felicitaciones																	

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																	
S T I O N A L	2	Económico y Regula	Inadecuada elaboración del CETIL	Debilidades en la revisión del CETIL	Posibilidad de liquidación errónea de la prestación económica pensional	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	246	Media	60%	Imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	#REF!	#REF!	#REF!	2	El Profesional Especializado del área de pensiones realiza validación de los datos consignados en el CETIL para la firma del Jefe de Gestión Humana. La evidencia es la revisión y las anotaciones que reposan en el Sistema del Ministerio.	Alto	36%						Aceptar							22/07/2025	Al mes de julio no se ha identificado ningún caso de liquidación errónea, se han realizado los controles propuestos verificando los cálculos y los historiales laborales, datos que son cargados en la plataforma del Ministerio de Hacienda - Cefil. Posteriormente son revisados y validados por el profesional especializado en el sistema Cefil, para remisión de firma por parte de la Jefe de Gestión Humana.	30/07/2025	No se identifica la presentación de casos															
															3																																		
															4																																		
															5																																		
															6																																		
P E N S I O N A L	3	Económico	Mayor valor por pagar por concepto de intereses en las cuotas partes y bonos pensionales por el no pago a tiempo de la obligación	Omisión en la aplicación del procedimiento para la financiación pensional	Posibilidad de detrimento patrimonial por el pago de intereses en las cuotas partes pensionales y del valor de la capitalización de los bonos pensionales	Ejecución y Administración de procesos	246	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	#REF!	#REF!	#REF!	1	Acabar el procedimiento para la financiación pensional depositado en el SIG.	Alto	36%													22/07/2025	A la fecha no se ha generado detrimento patrimonial por pago de intereses de cuotas partes o bonos pensionales, dado que se han realizado el seguimiento adecuado a través de los controles definidos en el procedimiento para la financiación pensional definido en el SIG, la radicación y seguimiento de las cuentas por pagar; y la recepción de bonos pensionales.	30/07/2025	Han seguido los controles dispuestos en el SIG Instructivo para el cobro de cuotas partes pensionales Código: I-GP-955															
															2	El técnico operativo realiza el registro de las cuentas de cobro de las cuotas partes y bonos pensionales informando al Profesional Especializado del área de pensiones sobre las fechas de vencimiento. La evidencia es el archivo en excel.	Alto	22%																															
															3																																		
															4																																		
															5																																		
															6																																		
P E N S I O N A L	4	Económico	Omisión en el cobro de las cuotas partes pensionales a las entidades concurrentes con las obligaciones	Debilidades en el seguimiento del cobro de cuotas partes pensionales	Posibilidad de detrimento patrimonial por dejar de percibir el recurso por concepto de cuotas partes pensionales	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	246	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Entre 10 y 50 SMLMV	#REF!	#REF!	#REF!	1	El Profesional Especializado realiza el registro de las cuentas de cobro de las cuotas partes pensionales elaboradas por la Universidad de Caldas y remite a las entidades concurrentes y al área de Tesorería (Cartera), las cuales llevan un consecutivo para realizar el correspondiente seguimiento de las fechas y períodos de cobro. La evidencia es el archivo en excel.	Alto	36%											22/07/2025	La profesional especializada sigue realizando el cobro y seguimiento de las cuotas partes pensionales. Desde el área de tesorería se validan a través de la conciliación de saldos, reportando informes al área de pensiones para seguimiento e inicio de su cobro correspondiente. Por lo anterior el riesgo de omisión de cobro no se ha presentado.	30/07/2025	El trabajo conjunto y articulado de conciliación de saldos entre las profesionales de las áreas de Pensiones y Tesorería constituyen garantía respecto a la omisión de cobros.																	
															2	El área de Tesorería (Cartera) remite de manera trimestral, la conciliación de las cuentas de cobro de las cuotas partes pensionales, en donde se evidencian las entidades rezagadas en el pago de la obligación.	Alto	22%																															
G E S T I O N D I R E C C I O N A M	1	Económico y Regulatorial	Deficiencias en la gestión de ingresos para incrementar y disminuir gastos, poco avance en el cumplimiento del marco fiscal de mediano plazo.	Débil gestión de la base presupuestal transferida del gobierno nacional y de recursos propios. Excesiva dependencia financiera externa.	Posibilidad de pérdida de sostenibilidad financiera	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Proyectar incremento de recursos propios en el presupuesto institucional.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							17/07/2025	Durante el seguimiento de este control, se verificó que para la constitución del presupuesto correspondiente a la vigencia 2025, la Oficina Asesora de Planeación ha adelantado los análisis pertinentes, teniendo en cuenta los datos históricos de ingresos y gastos, así como los resultados de los seguimientos mensuales que se realizan actualmente a la ejecución presupuestal. Con base en estos análisis, se han definido tipos presupuestales para cada centro de gasto, los cuales buscan asegurar que la proyección de recursos propios sea coherente con la realidad financiera de la institución y esté orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos de sostenimiento y crecimiento.  Este control ha demostrado ser pertinente y eficaz, ya que permite establecer un marco presupuestal responsable y realista, alineado con las capacidades financieras institucionales y verificado en proteger la sostenibilidad a mediano y largo plazo. Al establecer metas claras y fechas presupuestales, se contribuye a mantener la estabilidad financiera y a minimizar el riesgo de desfinanciamiento, lo que garantiza que la institución pueda continuar desarrollando sus actividades esenciales sin afectar su operación.	30/07/2025	Está práctica de utilizar datos históricos para proyectar el presupuesto de ingresos y gastos en la Universidad de Caldas, ha sido siempre el punto de partida para estimar lo requerido en la siguiente vigencia, de todas formas el seguimiento y control permite modificaciones, corregir desviaciones sobre lo previsto y realizar reajustes, si ocurre el caso.																	
															2	Informes de seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Acción y Plan de Desarrollo Institucional para garantizar el cumplimiento de los metas.	Medio	60%	Buena	34%	Moderado	Aceptar																		17/07/2025	Este control es liderado por la Oficina Asesora de Planeación, que realiza un seguimiento semestral y anual al avance de las metas institucionales, tanto del Plan de Acción como del PDI. Estos seguimientos permiten verificar el grado de cumplimiento, identificar posibles rezagos o desviaciones y adoptar medidas correctivas de manera oportuna. Además, proporcionan información clave para la toma de decisiones estratégicas, orientadas a mantener la sostenibilidad financiera y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales en el corto, mediano y largo plazo.  Como parte de la implementación de este control, se generan informes de seguimiento, los cuales son presentados a las instancias de dirección para su validación y análisis. Dichos informes contienen información detallada de los avances, las dificultades encontradas y las acciones que deben fortalecerse para garantizar que las metas proyectadas sean alcanzadas. Esta actividad se articula, a su vez, con la publicación de resultados en el portal de datos institucional, fortaleciendo la transparencia y la rendición de cuentas. En el proceso de elaboración del presupuesto para la vigencia 2025, estos informes han sido un insumo relevante, ya que permiten evaluar el impacto de las metas alcanzadas en la sostenibilidad financiera de la institución, y ajustar las proyecciones y estrategias cuando se identifican posibles riesgos de incumplimiento. Este control se considera eficaz, ya que ofrece una visión clara y oportuna sobre el cumplimiento de los planes institucionales, facilitando el seguimiento proactivo y la adopción de medidas correctivas que contribuyen a la sostenibilidad financiera.	30/07/2025	Estos seguimientos por parte de la Dirección de Planeación y Sistemas son cruciales para asegurar la coherencia, eficiencia y efectividad de las actividades propuestas y constituyen garantía de cumplimiento de las metas y objetivos plasmados por la Dirección en los planes de acción y de desarrollo institucional.						

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION					
I E N T O															3	Representación, participación y liderazgo por parte de la Universidad de Caldas ante estamentos del orden nacional en los que se discute permanentemente la financiación de las universidades públicas realizado por el Rector y Viceroctores Administrativa.	Medio	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar						11/07/2025	La Universidad de Caldas participa activamente en el Sistema Universitario Estatal (SUE), espacio en el que se debaten y gestionan asuntos relacionados con la financiación de las universidades públicas del país. A través de esta participación, la institución ha logrado incidir en las discusiones nacionales sobre las políticas de financiamiento, buscando asegurar mayores recursos para la sostenibilidad y el fortalecimiento de las universidades públicas.  Adicionalmente, se ha evidenciado que la Universidad de Caldas mantiene una participación constante y estratégica ante otras instancias, tales como gobernaciones, alcaldías y entidades del orden nacional y territorial, con el objetivo de gestionar recursos complementarios y establecer alianzas que permitan fortalecer la financiación institucional. Esta gestión ha permitido visibilizar las necesidades de la universidad, buscar apoyo político y financiero, y fortalecer las relaciones interinstitucionales como estrategia para garantizar la sostenibilidad en el mediano y largo plazo.  Este control ha demostrado ser eficaz, ya que ha permitido mantener a la institución en espacios de toma de decisiones estratégicas, donde se definen aspectos fundamentales para la financiación del sistema de educación superior pública en Colombia. Asimismo, ha facilitado la gestión de recursos adicionales a través de proyectos, convenios y apoyos territoriales que contribuyen directamente al sostenimiento financiero de la Universidad.		30/07/2025	La participación de la Universidad de Caldas en este sistema tiene ventajas significativas tales como: acceso a recursos económicos provenientes del gobierno nacional para funcionamiento y desarrollo de la infraestructura, inversión en investigación y desarrollo científico y tecnológico; activa la creación de programas de alta calidad y fomenta la colaboración entre instituciones.  Por lo tanto pertenecer al SUE resulta altamente beneficioso para la Universidad, en los términos expuestos por la Dirección de Planeación y Sistemas.					
															4																						
																5																					
																6																					
G E S T I O N D I R E C C I O N A M I E N T O	2	Regulatorial	Deficiente capacidad para planificar los cambios que pueden suscitar crisis.	Desincronías con la realidad universitaria. Competencias para el manejo del diálogo, la negociación, el manejo del conflicto y la crisis, no afinada entre los cargos de dirección	Posibilidad de pérdida de la gobernabilidad institucional en situaciones de crisis	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Incluir en las agendas del Equipo Directivo los temas que se derivan del análisis de grupos de interés de los cuales pueden presentarse situaciones de crisis realizadas por la Rectoría.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						11/07/2025	Esta actividad es liderada por la Rectoría y apoyada por la Oficina Asesora de Planeación, quien actúa como secretaria técnica del Equipo Directivo, centralizando la construcción de las agendas y definiendo, junto con los responsables de las diferentes áreas, los temas a tratar en cada sesión.  El seguimiento evidenció que el Equipo Directivo se reúne de manera quincenal, y en estos reuniones se priorizan temas estratégicos relacionados con las dinámicas internas y externas de los diferentes grupos de interés, tales como estudiantes, profesores, sindicatos y demás actores relevantes. Estas reuniones permiten anticipar a posibles escenarios críticos y generar espacios de análisis y toma de decisiones para evitar que las situaciones escalen y afecten la gobernabilidad institucional.  Este control ha demostrado ser eficaz, ya que ha permitido a la administración identificar de manera oportuna las posibles tensiones o situaciones que pueden convertirse en crisis. Gracias a esta estrategia, se ha fortalecido la comunicación interna, la toma de decisiones informada y la capacidad de anticipación del Equipo Directivo.		30/07/2025	La elaboración de actos de conformidad con las reuniones programadas quincenalmente, constituye evidencia de control sobre el cumplimiento de esta actividad.					
															2	Reuniones periódicas con los representantes estudiantiles y profesionales para conocer el estado actual de la dinámica institucional que permitan identificar de manera oportuna y practica posibles situaciones críticas realizadas por el Rector.	Alto	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						11/07/2025	En cuanto al segundo control, orientado a realizar reuniones periódicas con representantes estudiantiles y profesionales, se verificó que esta actividad es ejecutada principalmente por los Viceroctores y el Jefe de Bienestar Universitario, quienes mantienen canales abiertos y constantes de comunicación con los diferentes grupos de interés, como sindicatos, representantes estudiantiles y profesionales, entre otros. Esta labor tiene un enfoque proactivo y preventivo, permitiendo conocer de primera mano las percepciones, inquietudes y necesidades de estos actores, lo que facilita anticiparse a posibles conflictos o situaciones que puedan afectar la estabilidad institucional.  El seguimiento evidenció que estas acciones han sido eficaces en la práctica, dado que han fortalecido la confianza entre la administración y los distintos grupos de interés. Prueba de ello es que, desde el inicio de la administración actual, la Universidad no ha enfrentado paros u otras situaciones que hayan alterado su normal funcionamiento, lo cual da cuenta de la efectividad de este control para mantener la gobernabilidad institucional y prevenir crisis.		30/07/2025	De igual manera la tenencia de actos de cada una de las reuniones, permite efectuar seguimiento a las actividades cumplidas y a los compromisos pactados, a fin de tener insumos que mostrar al momento en que se atiene la cotidianidad Universitaria con paros u otro tipo de reclamaciones.					
															3																						
																4																					
																5																					
																6																					
G E S T I O N D I R E C C I O N A		Económico y Regulatorial	Insuficiente y/o información errónea sobre el objeto de las decisiones a tomar. Insuficiente análisis sobre el efecto de las decisiones en los grupos de interés. Insuficiente análisis del impacto financiero, técnico y de reciprocidad ante la comunidad universitaria.	Deficiente estructura en el abordaje de los temas estratégicos por parte de los entes colegiados y equipo directivo	Posibilidad de efectos adversos en el desempeño de la gestión institucional por inadecuada toma de decisiones.	Ejecución y Administración de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Análisis de las agendas del Consejo Académico y Consejo Superior en el Equipo Directivo para definir acciones previas de análisis de temas, cumplimiento de compromisos de la administración y gestión frente a decisiones a tomar en los entes colegiados	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						11/07/2025	En seguimiento a este control, se verificó que la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de secretaria técnica del Equipo Directivo, consolida y presenta de manera periódica las agendas del Consejo Académico y del Consejo Superior en las reuniones quincenales del Equipo Directivo. En estas sesiones, se realiza un análisis previo de los temas que serán abordados, se revisa el cumplimiento de compromisos adquiridos por la administración y se discute la postura institucional frente a las decisiones que deberán ser sometidas a votación o discusión en los entes colegiados.  Este control ha demostrado ser eficaz, ya que permite que las decisiones institucionales sean tomadas con base en un análisis previo, con claridad sobre las implicaciones, estratégicas, académicas, financieras y administrativas de cada tema. Esta práctica ha fortalecido la preparación de la administración ante los órganos colegiados, garantizando una mayor coherencia y alineación con los objetivos institucionales.		30/07/2025	La revisión y análisis previo de los temas a tratar en los Consejos Académico y Superior resulta altamente beneficioso, en cuanto garantizan la toma de decisiones informadas, eficientes y alineadas con los objetivos institucionales. Remitir los temas anticipadamente permite a los miembros de estos consejos analizar la información, formular preguntas, proponer mejoras, eficiencia en el manejo del tiempo y asegurar que las decisiones se adopten con conocimiento y entendimiento profundo de la situación.					
															2	Con anterioridad a las sesiones de los diferentes entes colegiados en las que se toman decisiones, la administración universitaria realizará análisis de los impactos financieros y las implicaciones de las mismas como insumos para la realización del respectivo debate.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						11/07/2025	En cuanto a este control, se evidenció que, previo a las sesiones de los entes colegiados, la administración universitaria realiza análisis técnicos y financieros sobre las implicaciones de las decisiones a tomar. Estos análisis son presentados y discutidos internamente en el Equipo Directivo, lo que permite que los miembros de la administración cuenten con argumentos claros y objetivos para participar en los debates, sustentando sus posturas con información técnica y financiera sólida.  Este control ha sido eficaz en la práctica, ya que ha permitido anticipar posibles efectos adversos y ajustar las propuestas antes de presentarlas a los entes colegiados. Esto ha favorecido la toma de decisiones más informadas, con menor nivel de improvisación y mayor rigor técnico, protegiendo así la estabilidad y el buen desempeño de la gestión institucional.		30/07/2025	La revisión y análisis previo de los temas a tratar en los Consejos Académico y Superior resulta altamente beneficioso, en cuanto garantizan la toma de decisiones informadas, eficientes y alineadas con los objetivos institucionales. Remitir los temas anticipadamente permite a los miembros de estos consejos analizar la información, formular preguntas, proponer mejoras, eficiencia en el manejo del tiempo y asegurar que las decisiones se adopten con conocimiento y entendimiento profundo de la situación.					

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION		
M I E N T O															3	Con anterioridad a las sesiones de diferentes entes colegiados en las que se tomarán decisiones, la administración universitaria realizará un análisis del posible nivel de receptividad de las propuestas de reforma ante la comunidad universitaria y los grupos de interés que serán afectados por la medida, elementos que constituyen insumos para el análisis y la definición de estrategias de comunicaciones sobre la adopción de la medida.	Medio	60%	Menor	25%	Medio	Aceptar									17/07/2025	Respecto a este control, se evidenció que la administración universitaria realiza ejercicios de análisis informal y formal sobre la receptividad de las propuestas de reforma por parte de la comunidad universitaria y los grupos de interés. Estos análisis permiten anticipar posibles resistencias o asertividad, y constituyen insumos relevantes para ajustar las estrategias de comunicación, basándose que las decisiones adoptadas sean mejor comprendidas y aceptadas por la comunidad. Este control ha sido eficaz, ya que ha permitido gestionar el impacto social de las decisiones institucionales, fortaleciendo la gobernabilidad y minimizando los riesgos asociados a una comunicación inadecuada. Se reconoce como una buena práctica el trabajo anticipado para identificar percepciones y posibles resistencias, lo cual ha contribuido a la estabilidad institucional y a una gestión del cambio más efectiva.	30/07/2025	La comunicación asertiva que involucra a todos los implicados sobre las bondades y beneficios para la Institución, en razón de los pretendidos reformas es tarea fundamental, que da como resultado la comprensión y aceptación del cambio. En esto juega un papel fundamental las capacitaciones que se programen con la debida anticipación sobre los diversos temas que harán parte del cambio.
	G E S T I O N  P L A N I F I C A C I O N	1	Económico y Regulatorio	Inexistencia de coordinación, liderazgo o articulación para la planificación, formulación y posterior ejecución de las obras.	Aumento en el número de estudiantes, docentes y administrativos con una planta física inadecuada para el desarrollo de las actividades.	Posibilidad de no suplir necesidades de espacios físicos para dar cumplimiento a las actividades académico-administrativas.	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Medio	60%	Medio	1	Solicitar a las dependencias encargadas de crear programas, proyectos y laboratorios la aprobación por parte de la Oficina Asesora de Planeación de las necesidades de espacios físicos requeridos para el desarrollo de las actividades propuestas. El responsable es el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. La evidencia del control es el oficio de aprobación de espacios físicos por parte de la Oficina de Planeación.	Medio	60%	Medio	45%	Medio	Aceptar						En curso	16/07/2025	Se verificó que este control se ha venido ejecutando de manera permanente, respondiendo oportunamente a las solicitudes que se presentan tanto por parte de las dependencias académicas como de la alta dirección. La evidencia del cumplimiento de este control está soportada mediante los oficios de aprobación de espacios físicos que reposan en los archivos de la Oficina Asesora de Planeación.  En la Dorada y ceras regionales, la creación de programas nuevos es directamente atendida y gestionada por los encargados de cada una de las sedes, ya que conocen la disponibilidad de los espacios dentro de su infraestructura educativa.  En cuanto a la eficacia del control, se considera que ha sido adecuada, dado que las necesidades que han sido planeadas se han gestionado en los tiempos razonables y no se han reportado situaciones críticas que afecten el normal desarrollo de las actividades académico-administrativas por falta de espacios.	30/07/2025	Para la Oficina de Control Interno de Gestión, es muestra efectiva de que se ha ejercido control y se han atendido los requerimientos en materia de asignación de espacios, el hecho de que no se han presentado alteraciones en el que hacer universitario.	
																2	Analizar la eficiencia en el uso de espacios académicos a partir de la programación existente en el Sistema de Información Académica.	Medio	60%	Menor	29%	Medio	Aceptar								16/07/2025	Esta actividad se realiza de manera semestral por parte de la Profesional de la Oficina Asesora de Planeación. Este análisis tiene como propósito identificar oportunidades de mejora en la utilización de los espacios físicos, garantizando que se optimice su uso conforme a la oferta académica y la programación institucional. El informe resultante de este análisis es presentado en primera instancia a la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, quien valida su contenido y pertinencia. Posteriormente, este mismo informe es socializado ante el equipo directivo y el Consejo Académico, en los cuales se revisan los hallazgos y se aprovecha para aportar información relevante que facilite la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la gestión y asignación de los espacios físicos institucionales.	30/07/2025	La asignación de espacios está estrechamente ligada a la programación académica y a la conformación de grupos. Por lo tanto es una tarea de campo que compete a la Dirección de Planeación hacer seguimiento, que garantiza espacios confortables, seguros y bien dotados que faciliten la interacción, el aprendizaje colaborativo y el bienestar del estudiantado. La socialización ante las diferentes Corporaciones es importante, pero lo es más el realizar visitas a las aulas y laboratorios para verificar la forma en que se están utilizando y dotando los espacios.
															3	Planificar, formular y gestionar proyectos estratégicos de infraestructura desde la Oficina Asesora de Planeación orientados hacia el cumplimiento del Plan de acción. El responsable del control es el Jefe de Planeación. La evidencia del control son los proyectos formulados.	Medio	60%	Menor	22%	Medio	Aceptar									16/07/2025	Esta actividad se desarrolla a demanda, principalmente cuando la alta dirección, a través del Rector, solicita a la Oficina Asesora de Planeación la formulación y desarrollo de un proyecto específico que responda a necesidades institucionales prioritarias. El responsable de este control es la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, quien lidera la identificación, formulación y gestión de los proyectos estratégicos de infraestructura que permitan dar cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional. En cuanto al seguimiento de este control, se destaca que el último proyecto formulado correspondió al reforzamiento del edificio del Parque para albergar la Facultad de Inteligencia Artificial e Ingeniería, el cual se encuentra actualmente en proceso de construcción. Este proyecto responde a las directrices de la alta dirección y está alineado con las proyecciones estratégicas de crecimiento académico e investigativo de la institución.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, ha constatado que la Dirección de Planeación viene cumpliendo los lineamientos en materia de formulación y gestión de proyectos estratégicos de infraestructura de conformidad con los requerimientos y decisiones adoptadas desde el Equipo Directivo.
G E S T I O N  P L A N	2	Legal y Regulatorio	Gran cantidad de información administrada y reportada manualmente, generando procesos y...	Falta de lineamientos sobre la responsabilidad en el manejo de la información.	Posibilidad de sanciones legales, económicas o disciplinarias por reportes ante los entes de control de manera...	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Medio	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	Sistematizar la información requerida para los reportes a los entes externos en el SIA, de tal forma que se pueda extraer la información de manera automática para la generación de reportes.	Medio	60%	Medio	60%	Medio	Aceptar							16/07/2025	El Sistema SIA cuenta actualmente con varios reportes tipo consulta, los cuales han sido desarrollados y habilitados en la interfaz del sistema para facilitar el acceso ag y oportuno a la información que es de uso recurrente. Esta actividad es de carácter permanente, dado que los requerimientos tanto internos como externos evolucionan constantemente, aumentando su nivel de exigencia y sofisticación, por lo que es necesario mantener actualizados los reportes y las fuentes de información. Adicionalmente, se destaca como avance significativo que, desde el año 2024, el Grupo Interno de Sistemas ha venido desarrollando un proyecto denominado Catalitile, el cual fue presentado al equipo directivo para su primera socialización. Este proyecto consiste en la implementación de un repositorio centralizado, escalable y robusto que permita la integración, almacenamiento y explotación de datos provenientes de las distintas fuentes y sistemas institucionales. El objetivo del Catalitile es fortalecer la gestión del conocimiento, mejorar la calidad y disponibilidad de la información para la toma de decisiones estratégicas y operativas. Actualmente, el proyecto se encuentra en proceso de implementación de su Fase 1, la cual está enfocada en habilitar la visualización de información del proceso de docencia, incluyendo aspectos relacionados con matrícula, admisiones y otros datos asociados a la gestión académica. Este avance permitirá, a futuro, disponer de información consolidada y confiable para la generación de reportes institucionales, minimizando el riesgo de errores, omisiones o entregas extemporáneas a los entes de control.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión a través de las diversas auditorías, ha encontrado en el Sistema de Información Académica, SIA, Información consolidada y confiable para atender requerimientos de entes de control para los diversos procesos de control al interior de la institución. Cuando se han detectado situaciones por mejorar, se han reportado a la Oficina de Sistemas, con resultados oportunos y satisfactorios.		

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																
I F I C A C I O N		Económ	baja calidad en la información.	Falta de integración de algunos sistemas de información.	exemplaridad, incompleta o incoherente										2	Diseñar una ruta operativa para identificar y articular a los responsables del manejo de la información requerida para los reportes y con esto establecer lineamientos para facilitar el registro, acceso y uso de la información.	Medio	60%	Menor	34%	Mediano	Aceptar								16/07/2025	Como parte de la implementación de este control, la Oficina Asesora de Planeación diseñó una ruta operativa que identifica claramente a los responsables de la información necesaria para la elaboración de los reportes institucionales que se deben presentar ante los diferentes entes de control. Esta ruta ha permitido precisar los flujos de información, las dependencias responsables y los procedimientos que deben seguirse para garantizar que la información utilizada sea completa, verificada y coherente, minimizando así los riesgos asociados a errores o incumplimientos en los reportes.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión a través de las diversas auditorías, ha encontrado en el Sistema de Información Académica, SIA, información consolidada y confiable para atender requerimientos de entes de control y para los diversos procesos de control al interior de la institución. Cuando se han detectado situaciones por mejorar, se han reportado a la Oficina de Sistemas, con resultados oportunos y satisfactorios.															
															3																																	
															4																																	
															5																																	
															6																																	
G E S T I O N  P L A N I F I C A C I O N	3	Económico / Regulatorio	Inadecuada planificación de la elaboración del presupuesto institucional	Desconocimiento de la normatividad interna y externa por parte de los servidores públicos encargados de elaborar el presupuesto de la Universidad.	Posibilidad de afectación de la ejecución presupuestal por inadecuada planificación para la elaboración del presupuesto institucional	Ejecución y Administración de procesos	30	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Mediano	60%	Mediano	1	Garantizar la aplicación de las siguientes normativas: (acuerdo 40 de 2014, acuerdo 16 de 2014, ordenanza 816 de 2017, artículo 4 de Ley 1697 de 2014, acuerdo 39 de 2017, acuerdo 22 de 2012, acuerdo 001 de 1998, acuerdo 025 del 2016, acuerdo 08 del 2023, convenio), en la elaboración del presupuesto institucional. El responsable del control es el área de presupuesto de la Oficina de Planeación.	Medio	60%	Mediano	45%	Mediano	Aceptar								16/07/2025	La Oficina Asesora de Planeación inicia formalmente el proceso de elaboración del presupuesto institucional a partir del mes de junio de cada año, dando apertura a la solicitud de información presupuestal a los diferentes centros de gasto de la institución. Esta información es requerida para la estimación de los ingresos y gastos correspondientes a la vigencia siguiente, lo cual permite contar con una base sólida para la formulación del anteproyecto presupuestal.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión ha participado en este proceso de confección del presupuesto Institucional y puede dar fe que en su elaboración aportan insumos importantes quienes ejecutan el presupuesto, teniendo en cuenta los parámetros que deben considerarse y el acatamiento de la normatividad legal, uso adecuado, óptimo, eficaz y eficiente de las partidas que lo conforman y con el seguimiento y control por parte de la Dirección de Planeación y el Área Financiera.															
															2	Actualizar el manual de presupuesto de tal forma que sirva como una guía que ayude como se controla el presupuesto institucional. El responsable del control es el área de presupuesto de la Oficina de Planeación.	Medio	60%	Mediano	45%	Mediano	Aceptar							16/07/2025	Durante este proceso, el Área de Presupuesto realiza la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente, garantizando que todos los aspectos contemplados en los acuerdos, ordenanzas, leyes y convenios aplicables sean tenidos en cuenta en la construcción del presupuesto institucional. Esta verificación se ha convertido en una práctica habitual y necesaria para asegurar que la planeación presupuestal cumple con los requisitos legales y técnicos establecidos, minimizando así el riesgo de observaciones, ajustes o devoluciones por parte de los entes de control.	30/07/2025	La Universidad de Caldas cuenta con un manual de presupuesto aplicable a cada vigencia. Esta herramienta de gestión administrativa, esencial para la toma de decisiones, facilita la asignación eficiente de recursos financieros para el desarrollo de los diferentes proyectos y planes de las unidades académicas, administrativas y de apoyo con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos misionales.																
															3	Seguimiento trimestral a la ejecución del presupuesto. El responsable del control es el área de presupuesto de la Oficina de Planeación.	Medio	60%	Menor	34%	Mediano	Aceptar							16/07/2025	El propósito de este control es brindar transparencia y claridad sobre el proceso de formulación presupuestal, asegurando que cualquier persona que consulte el manual pueda comprender la estructura, los criterios, las fuentes de información utilizadas y la lógica detrás de la asignación de recursos institucionales. Este documento se convierte en una herramienta fundamental para garantizar la trazabilidad y la coherencia en la gestión presupuestal.	30/07/2025	El seguimiento trimestral a la ejecución presupuestal implementado en la presente vigencia resulta sumamente determinante para garantizar una gestión financiera eficiente y transparente, contribuyendo a la toma de decisiones, rendición de cuentas, entrega oportuna de informes a los entes de control y a la mejora continua en el manejo de los recursos públicos. Los seguimientos resultan cruciales para detectar desviaciones, optimizar recursos y asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas trazados.																
															4																																	
															5																																	
															6																																	

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																						
GESTIÓN PLANIFICACIÓN	4	Económico y Reputacional	Desconocimiento de la estrategia y las metas establecidas.	Falta de articulación entre las actividades propuestas desde las unidades académicas y administrativas y los metas establecidas para el cumplimiento de los planes estratégicos institucionales.	Posibilidad de incumplimiento de las metas e indicadores estratégicos institucionales	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Asesorar a las unidades académico-administrativas en el planteamiento de actividades e indicadores que contribuyen al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar								16/07/2025	La Oficina Asesora de Planeación es la responsable de este control y realiza el seguimiento al cumplimiento de las metas institucionales de manera semestral con cada una de las dependencias. Estas jornadas de seguimiento permiten validar el avance, identificar posibles desviaciones y ajustar las acciones requeridas para mantener el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Adicionalmente, este proceso facilita contar con información actualizada, validada y controlada, la cual es consolidada y publicada en el portal de datos institucional, garantizando la transparencia y la rendición de cuentas. Durante estas actividades de seguimiento, se establece la actualización de las metas y la revisión de los indicadores estratégicos, de modo que las mediciones sean precisas, estén alineadas con los objetivos institucionales vigentes y reflejen de forma adecuada el nivel de avance en el cumplimiento de los compromisos definidos. Este ejercicio permite a las dependencias ajustar oportunamente sus estrategias y acciones para contribuir al logro de los resultados institucionales. En cuanto a su eficacia, este control ha demostrado ser pertinente y efectivo, ya que fortalece la articulación entre las dependencias y la Oficina Asesora de Planeación, asegura la pertinencia de los indicadores utilizados y fomenta una cultura de seguimiento y mejora continua.	3/07/2025	Los indicadores constituyen herramientas que proporcionan una radiografía del desempeño institucional, toda vez que permiten medir el avance en el logro de objetivos y metas, evaluar las estrategias implementadas, optimizar el uso de los recursos y fomentar la mejora continua. En tal sentido la Dirección de Planeación como lo afirma, viene haciendo los seguimientos conducentes al cumplimiento de los objetivos estratégicos.																					
															2	Seguimiento a los indicadores estratégicos del Plan de desarrollo y del plan de acción institucional con las unidades académico-administrativas.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						18/07/2025																										
															3																																							
															4																																							
															5																																							
															6																																							
GESTIÓN PLANIFICACIÓN	5	Económico	Registro incompleto de la información presupuestal por desconocimiento del tercero.	Inadecuada planeación de los recursos requeridos para los proyectos de los programas especiales.	Posibilidad de disminuir ingresos para la apertura de programas especiales	Ejecucion y Administracion de procesos	240	Medio	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	1	Solicitar a los coordinadores de programas y/o proyectos previamente la planificación de los ingresos y gastos de las necesidades requeridas para el desarrollo de las actividades académicas, con el fin de que sean contempladas en su totalidad para la elaboración de los presupuestos. Los responsables del control son los Profesionales Universitarios de Presupuesto de la Oficina Asesora de Planeación y Sistema en conjunto con los Coordinadores de programa. La evidencia del control es el presupuesto elaborado con todos los requerimientos.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar							17/07/2025	Esta actividad se lleva a cabo de forma permanente cada vez que se inicia la elaboración de un presupuesto para un programa especial. El proceso inicia con la solicitud formal de la información presupuestal a los coordinadores responsables, quienes deben proyectar tanto los ingresos como los gastos asociados a la ejecución de sus programas. Esta información es consolidada y verificada por el Área de Presupuesto, garantizando que todos los requerimientos queden debidamente incluidos en el presupuesto final. La evidencia del cumplimiento de este control es el presupuesto elaborado, en el cual se registran todas las necesidades y proyecciones financieras que respaldan la apertura y desarrollo de los programas especiales. Este control ha demostrado ser eficaz, ya que contribuye a la correcta planeación financiera de estos programas y permite anticipar los recursos necesarios, lo cual disminuye el riesgo de no apertura por falta de cobertura presupuestal.	3/07/2025	Hemos evidenciado que la Dirección de Planeación cuenta con un profesional idóneo encargado de asesorar y participar en la elaboración de los presupuestos requeridos por los programas especiales. En estas partidas tienen en cuenta los requerimientos en materia de recursos presupuestales como los aportes de la Universidad en recurrentes. La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión ha constatado que el apoyo, asesoría y seguimiento es constante.																						
															2	Asesorar a los coordinadores de programas y/o proyectos en los requerimientos de información para la elaboración del presupuesto e informar sobre normativas o lineamientos internos que influyen en el desarrollo del mismo. Los responsables del control son los Profesionales Universitarios de Presupuesto de la Oficina Asesora de Planeación y Sistema. La evidencia del control es el presupuesto elaborado con todos los requerimientos.	Bajo	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						17/07/2025																										
															3																																							
															4																																							
															5																																							
															6																																							
GESTIÓN COMUNICACIÓN	1	Reputacional	Información distorsionada por parte de la fuente	Inaplicabilidad de los criterios para la publicación y difusión de información en medios internos y externos	Deterioro de la imagen institucional interna y externa asociada al manejo inoportuno de la información y comunicación institucional	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Comprobación y asertividad de la información proporcionada por la fuente. La evidencia es el formato de agendamiento de actividades.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							21/07/2025	En atención a la solicitud de seguimiento a los riesgos y controles establecidos en la matriz de la Oficina de Prensa y Comunicaciones, me permito informar que, con corte a la fecha, los riesgos identificados no se han materializado.  Los controles definidos se encuentran implementados y han demostrado ser eficaces, gracias a la aplicación rigurosa de los pasos y procedimientos internos de la dependencia. Estas han permitido minimizar errores, garantizar la trazabilidad de las acciones y actuar con oportunidad ante posibles eventualidades. El seguimiento se ha realizado de manera periódica. No se reportan incidentes que hayan requerido medidas extraordinarias ni remisión a entes de control o disciplinarios.  Finalmente, reiteramos el compromiso de la dependencia con el monitoreo y mejora continua de los procesos, con el fin de prevenir la materialización de riesgos y garantizar la adecuada gestión de la información y la comunicación institucional.	3/5	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión no conoce de situaciones que por desinformación hayan ocasionado alteraciones o incidentes relacionados con comunicaciones poco creíbles o provenientes de fuentes malintencionadas. En tal sentido hemos constatado que los reportes e información suministrada por la oficina de prensa a través de los diversos medios de que dispone la institución, proviene de fuentes creíbles, confiables y apartada de sesgos, manteniendo así la credibilidad en lo que publican e informan a la comunidad universitaria y personas interesadas. Cuando se comete algún error siempre publicamos la modificación y corrección correspondiente.																						
															2	Corrección de estilo de la información para publicación y difusión en medios internos y externos.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar																																

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																
N															3	Documentar y socializar los criterios para la publicación y difusión de información en medios internos y externos.	Medio	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar									30/07/2025																	
I P R O Y E C T O S	1	Economico y Regulatorial	Incumplimiento con la formulación de propuestas en los tiempos establecidos para la presentación de proyectos a oportunidades de financiación externa.	Debilidades en las formas de comunicación entre los formuladores y los equipos técnicos (Docentes, administrativos y estudiantiles). Los tiempos de los trámites administrativos de la institución exceden el cronograma máximo para la presentación de proyectos ante convocatorias externas.	Posibilidad de no realizar postulaciones de proyectos a oportunidades de financiación externa.	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Establecer canales de comunicación oficiales que permitan una trazabilidad de los acciones a realizar entre la Oficina Asesora de Innovación y Gestión de Proyectos y el Coordinador o Director o el equipo técnico de la propuesta.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar								29/07/2025	Este riesgo NO se ha materializado. Mantiene comunicación oficial por medios institucionales, priorizando el correo electrónico y actas de reunión para asegurar trazabilidad. Se archivan los intercambios relevantes y se hace seguimiento a compromisos mediante cronogramas compartidos.	30/07/2025	La Universidad de Caldas cuenta con canales de comunicación oficial, especialmente el correo. La elaboración de actas constituye mecanismo fiduciario para hacer seguimientos a las decisiones adoptadas.															
															2	Concretar acciones con los actores involucrados en los procesos administrativos en la institución para agilizar los trámites.	Alto	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							29/07/2025	Este riesgo NO se ha materializado. Se realiza verificación de capacidades técnicas, financieras y administrativas de aliados según el procedimiento P-IP-962. Se aplica formato Institucional, se revisa documentación soporte antes del aval y se valida en revisión técnica-jurídica al proceso de estructuración unos tiempos de presentación de las propuestas con el fin de cumplir con los tiempos requeridos en las demás dependencias con el fin de cumplir con todos los avales correspondientes	30/07/2025	Los controles establecidos han permitido minimizar el riesgo, no obstante el volumen de información y el marco de la dinámica existente no excluye la posibilidad de existencia de estos hechos. Dentro del marco de los procesos de auditoría (regalías) no se evidencia la existencia de estos hechos																
															3																																	
															4																																	
															5																																	
															6																																	
I P R O Y E C T O S	2	Economico y Regulatorial	Cambios en las directrices, normas, leyes de las entidades externas	Factores que afectan la relación entre entidades	Posibilidad de incumplimiento en los requisitos mínimos para la postulación de proyectos debido a factores externos	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Cartas de compromiso firmadas por los aliados, en donde se relacionan las obligaciones y los compromisos en términos de recursos, en especie y efectivo, para la ejecución del proyecto.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar								29/07/2025	El riesgo NO se ha materializado. Envío de cartas de aval y modelos de gobernanza o c de participación de aliados para firma por los representantes legales de las instituciones conforman las alianzas estratégicas	30/07/2025	Las cartas de compromiso y el tramite de los formularios disponibles por la Universidad en el SIG, en los que se protocolizan compromisos firmados por las partes, constituyen herramientas para efectuar reclamaciones y exigir el cumplimiento de los compromisos suscritos. Para la Oficina de Control Interno de Gestión, mediante															
															2	Evaluación de la capacidad técnica, financiera y administrativa de los aliados al momento de la conformación de la alianza en la formulación del proyecto.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar							29/07/2025	El riesgo NO se ha materializado. Se realiza revisión sobre la capacidad técnica y presupuestal de las propuestas previo a la convocatoria por parte de los formuladores de la oficina y posteriormente revisión y aprobación por parte del Asesor de Innovación y Gestión de Proyectos	31/07/2025																	
															3																																	
															4																																	
															5																																	
															6																																	
G E S T I O N D O C E N C I A	1	Economico y Regulatorial	Demoras tanto en CNA como en MEN, para el análisis de informes de autoevaluación y emisión de resoluciones, respectivamente.	Programas con acreditación de alta calidad que dejan vencer la vigencia de la resolución que se les otorga.	Posibilidad de disminuir los recursos percibidos por la institución por vencimiento de la acreditación de alta calidad de los programas académicos.	Ejecucion y Administracion de procesos	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	0%	Moderado	60%	Moderado	1	Seguimiento realizado por la Vicerrectoría Académica frente a las fechas de vencimiento de la acreditación y re-acreditación por programas y alertas oportunas a las facultades y los programas para la realización de los informes de autoevaluación.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar							22-07-2025	Este seguimiento es permanente y se hace por diferentes vías: a través de correos electrónicos, reuniones presenciales con los directores de programa, capacitaciones y acompañamientos desde la Oficina de Evaluación y Calidad Académica para la revisión de los avances en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, así como en la consolidación del respectivo documento final y sus evidencias adicionales.	31/07/2025	La acreditación y reacreditación de la Universidad es esencial para asegurar la calidad y mantener la confianza de la sociedad. Estos procesos otorgan reconocimiento, fortaleciendo la reputación de la Institución a nivel nacional e internacional, mediante la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo del País.																
															2	Revisión de los documentos de autoevaluación enviados por los programas, para posterior retroalimentación y asesoría a los mismos por parte de la Vicerrectoría Académica.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						22-07-2025	Este seguimiento es permanente y se hace por diferentes vías: a través de correos electrónicos, reuniones presenciales con los directores de programa, capacitaciones y acompañamientos desde la Oficina de Evaluación y Calidad Académica para la revisión de los avances en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, así como en la consolidación del respectivo documento final y sus evidencias adicionales.	31/07/2025	En este proceso hemos evidenciado el compromiso y seguimiento que surge desde la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, bajo el entendido que la autoevaluación genera confianza en la calidad de la formación ofrecida, contribuyendo al fortalecimiento de la Universidad; al mejorar la calidad de sus programas y su capacidad para responder a las necesidades de la sociedad.  Otro aspecto importante de resaltar en este proceso de autoevaluación, es la responsabilidad que se genera; entre todos los integrantes de la comunidad académica, impulsando la mejora en todos los aspectos de cada programa académico.																	

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION		
											0%				3	Gestión y seguimiento permanente a los planes de mejoramiento de los programas realizado por parte de la Vicerrectoría Académica.	Medio	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar							22-07-2025	Como uno de los resultados de los procesos de autoevaluación de programas académicas, está la elaboración de planes de mejoramiento. Dichos planes tienen un cronograma básico establecido que debe ser desarrollado por cada unidad académica. Adicionalmente, el Acuerdo 02 de 2020 del CESU establece que al llegar a la mitad del periodo de acreditación del programa, se deben enviar un seguimiento al desarrollo de los planes de mejoramiento suscritos por los respectivos programas, lo cual se ha venido realizando según la dinámica de cada proceso y las fechas de las resoluciones de acreditación.  En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	Las auditorías adelantadas a este proceso, dan cuenta del compromiso oportuno impulsado desde la Vicerrectoría Académica, a las diversas facultades para mantener actualizados en tal sentido, los programas.		
											0%				4																			
											0%				5																			
											0%				6																			
G E S T I O N  D O C E N C I A	2	Económico	Insuficiente seguimiento desde los departamentos a los compromisos adquiridos por el docente en el contrato de comisión de estudio.	Falta de aplicación de las sanciones establecidas en la normativa en casos de incumplimiento de las comisiones de estudio.	Posibilidad de deterioro patrimonial para la institución por incumplimiento en compromisos de las comisiones de estudio por parte de los docentes.	Ejecución y Administración de procesos	246	Medio	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	1	Seguimiento a las comisiones de estudio por parte de los departamentos mediante informe presentado a la Vicerrectoría Académica. La evidencia del control son los informes presentados por los departamentos. Tiempo: Semestral.	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar							22-07-2025	En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. Este control es semestral pero se reseña la fecha de seguimiento realizado conjuntamente con ICONTEC.	30/07/2025	El resultado del proceso auditor realizado por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, da cuenta que los controles implementados han sido efectivos.		
											0%				2	Aplicación de las sanciones establecidas en la normativa interna, en caso de incumplimiento de las comisiones de estudio. La evidencia del control es la sanción aplicada de acuerdo a la revisión realizada. Tiempo: Cuando aplique.	Bajo	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					22-07-2025	A la fecha no se han impuesto sanciones por incumplimiento de las comisiones de estudio.  En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. Este control es aplicable en caso de materializarse el riesgo, pero se reseña la fecha de seguimiento realizado conjuntamente con ICONTEC.	30/07/2025	La Oficina de Control Interno de Gestión no ha sido informada respecto a sanciones relacionadas con incumplimiento por comisiones de estudio. Por lo tanto en tal sentido las auditorías dan cuenta que desde la Oficina Jurídica se viene ejerciendo especial control al tema de comisiones de estudio.				
											0%				3	Verificación de la respuesta otorgada al docente cuando solicita una prórroga en la comisión de estudio. El Consejo Académico recomienda la realización de la prórroga al Rector y es quien finalmente decide el otorgamiento de la prórroga. La evidencia del control es la respuesta que se le da al docente con respecto a la solicitud de prórroga. Tiempo: Cuando aplique.	Muy Bajo	18%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					22-07-2025	A la fecha los docentes no han solicitado prórrogas en sus comisiones de estudio.  En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. Este control es aplicable en caso de materializarse el riesgo, pero se reseña la fecha de seguimiento realizado conjuntamente con ICONTEC.	30/07/2025	La auditoría practicada recientemente por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015 constituye prueba fehaciente de que no se han tramitado prórrogas en las comisiones de estudio; encontrando conformidad en los controles establecidos para el tema de comisiones de estudio.				
										0%				4																				

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																			
G E S T I O N  D O C E N C I A	3	Economico	Deficientes controles en la distribución de la labor académica y la aplicación de las normas vigentes, por parte de los departamentos.	Ineficiencia o inconsistencias en la concertación y seguimiento a las labores académicas de los docentes.	Posibilidad de sobrecostos para la institución por ineficiencia o inconsistencias en la concertación y seguimiento a las labores académicas de los docentes.	Ejecucion y Administración de procesos	246	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	0%	Moderado	60%	Moderado	5																																				
											6																																								
											Entre 50 y 100 SMLMV				1	Aplicación de los lineamientos estipulados en la normatividad vigente sobre concertación de labor académica. Dicho control es realizado por los departamentos, los Consejos de Facultad y la Vicerrectoría Académica.	Media	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																													
											0%				2	Aplicación de lo establecido en la política curricular vigente, con respecto al tamaño de los grupos y los cuotes mínimos para cada uno realizado por la Vicerrectoría Académica.	Media	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																													
											0%				3	Parametrización del GIA para el control en el cumplimiento de los mínimos de labor académica para cada docente.	Media	60%	Bueno	29%	Moderado	Aceptar																													
											0%				4																																				
											0%				5																																				
											0%				6																																				
											G E S														El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos				1	Actualización permanente de la normatividad asociada con los procesos académicos por parte de la Secretaría General y el Consejo Académico.	Media	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar															
																									22/07/2025				Todas las normas emanadas de los Consejos Superior y Académico son debidamente debatidas y aprobadas, de acuerdo con las dinámicas institucionales. La documentación resultante (Acuerdos) son inmediatamente cargados en el normograma institucional con la respectiva nota de vigencia. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	La información y boletines expedidos desde la Secretaría General sobre la actualización de normas, constituye prueba suficiente para aseverar que la normatividad expedida en los Consejos Superior y Académico son salidas de manera oportuna al normograma Institucional, las mismas que seguramente han surtido el correspondiente debate y aprobación por parte de dichas corporaciones.																				

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION														
T I O N  D O C E N C I A	4	Repeticional	Debilidades en los procesos internos de actualización y difusión de ajustes a la normatividad	Frecuentes cambios de normatividad por parte del Ministerio de Educación Nacional.	Posibilidad de reprocesos y dificultades de tipo académico y administrativo, por inaplicación de la normatividad vigente en materia de procesos académicos.	Ejecución y Administración de procesos	246	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	0%	Moderado	60%	Moderado	2	Actualización permanente de la documentación del SIG, de acuerdo con los cambios normativos que se vayan presentando por parte del líder del proceso.	Media	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar								22-07-2025	El Sistema de Gestión Documental del SIG permite garantizar la trazabilidad en los diferentes cambios normativos así como en las versiones de los documentos que se van generando por primera vez o que requieren modificaciones. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025														
											0%				3	Realizar seguimiento a las unidades académico-administrativas con respecto a la aplicación de la normatividad interna y externa, asociada con procesos académicos.	Media	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar					22-07-2025	Dado que todos los procesos de gestión académico-administrativa en la Universidad de Caldas tienen controles establecidos, se garantiza que la normatividad interna y externa vigente se aplica de manera adecuada, particularmente lo relativo a procesos académicos: concertación de labores académicas, admisiones, procesos de registro calificado y de acreditación de esta ciudad. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	Las auditorías desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, han dado como resultado la aplicación de la normatividad dispuesta por la Universidad de Caldas para todos los procesos académicos, en materia de Acuerdos, revisión de PIAS, concertación de la labor académica, conformación de cupos y grupos, comisiones de estudio y veredura de admisiones. Lo anterior lo confirma el resultado de la auditoría practicada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015																
											0%				4																															
											0%				5																															
											0%				6																															
G E S T I O N  D O C E N C I A	5	Económico	Negación por parte del MEN en la renovación de los registros calificados.	Vencimiento de los registros calificados de los programas académicos o no renovación de su registro.	Posibilidad de disminución de ingresos por concepto de matrículas por cierre de programas por vencimiento de los registros calificados de los programas académicos o no renovación de su registro.	Ejecución y Administración de procesos	246	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	1	Realización de cronogramas de trabajo establecidos para la renovación de los registros calificados por parte de los programas académicos, con el fin de garantizar la entrega oportuna de la documentación para el proceso. Tiempo: Con no menos de 14 meses de antelación al vencimiento del registro calificado. La extensión del control es la entrega del documento maestro y sus anexos.	Alto	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar							Anual	En el mes de diciembre de cada vigencia, la Oficina de Evaluación y Calidad Académica envía a las Facultades y a los programas la información y cronogramas de trabajo correspondientes a los procesos de renovación de registro calificado que deben surtirse en cumplimiento de los plazos establecidos en el Decreto 1330 de 2019. Se anexa copia de los últimos oficios enviados durante el mes de diciembre de 2024. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es anual, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión en cada vigencia hace seguimiento verificando que todos los programas tengan actualizado su registro calificado. En caso de encontrar alguna novedad solicita información a la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, quien en todos los casos remite los soportes que dan cuenta del trámite que se está surtiendo. Por lo tanto, al igual que la auditoría practicada por ICONTEC ha encontrado conforme el procedimiento seguido por la dependencia responsable para mantener al día los registros calificados de todos los programas que oferta la Institución.														
											0%				2	Enviar comunicaciones por parte de la Vicerrectoría Académica a los Decanos de las Facultades asociadas a los programas académicos que se encuentran en proceso de renovación de registro calificado, enviando cronogramas y actividades pertinentes para la renovación.	Alto	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					Anual	En el mes de diciembre de cada vigencia, la Oficina de Evaluación y Calidad Académica envía a las Facultades y a los programas la información y cronogramas de trabajo correspondientes a los procesos de renovación de registro calificado que deben surtirse en cumplimiento de los plazos establecidos en el Decreto 1330 de 2019. Se anexa copia de los últimos oficios enviados durante el mes de diciembre de 2024. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es anual, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión en cada vigencia hace seguimiento verificando que todos los programas tengan actualizado su registro calificado. En caso de encontrar alguna novedad solicita información a la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, quien en todos los casos remite los soportes que dan cuenta del trámite que se está surtiendo. Por lo tanto, al igual que la auditoría practicada por ICONTEC ha encontrado conforme el procedimiento seguido por la dependencia responsable para mantener al día los registros calificados de todos los programas que oferta la Institución.																
											0%				3	Realización de seguimientos por parte de la Vicerrectoría Académica frente a las fechas de vencimiento de los registros calificados de los programas, con el fin de emitir alertas oportunas a los programas para la construcción del documento maestro y sus anexos.	Muy Alto	13%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					Permanente	Este seguimiento es permanente y se hace por diferentes vías: a través de correos electrónicos, reuniones presenciales con los directores de programa, capacitaciones, acompañamientos desde la Oficina de Evaluación y Calidad Académica para la revisión de los avances en los documentos maestros y anexos. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión en cada vigencia hace seguimiento verificando que todos los programas tengan actualizado su registro calificado. En caso de encontrar alguna novedad solicita información a la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, quien en todos los casos remite los soportes que dan cuenta del trámite que se está surtiendo. Por lo tanto, al igual que la auditoría practicada por ICONTEC ha encontrado conforme el procedimiento seguido por la dependencia responsable para mantener al día los registros calificados de todos los programas que oferta la Institución.																
											0%				4	Revisión de los documentos maestros y sus anexos, así como asesoría a los programas que se encuentran en proceso de renovación de registro calificado por parte de la Vicerrectoría Académica.	Muy Alto	8%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar					Permanente	El proceso de revisión de documentos maestros y anexos es permanente, y con ello se busca garantizar que los programas gestionen las renovaciones de sus registros calificados en forma oportuna. Para ello, los profesionales de la Oficina de Evaluación y Calidad Académica revisan constantemente la documentación. Se incluye en dicho proceso tanto los documentos para nuevos programas como para renovaciones de RC de programas antiguos. En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001:2015, se hizo seguimiento a todos los riesgos, encontrando conformidad en los controles definidos. El seguimiento a este riesgo es permanente, pero se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión en cada vigencia hace seguimiento verificando que todos los programas tengan actualizado su registro calificado. En caso de encontrar alguna novedad solicita información a la Oficina de Evaluación y Calidad Académica, quien en todos los casos remite los soportes que dan cuenta del trámite que se está surtiendo. Por lo tanto, al igual que la auditoría practicada por ICONTEC ha encontrado conforme el procedimiento seguido por la dependencia responsable para mantener al día los registros calificados de todos los programas que oferta la Institución.																
											0%				5																															
											0%				6																															

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
GESTIÓN INVESTITACIONES	1	Regulatorial	Los tiempos de respuesta de los evaluadores externos de los documentos (artículos, libros o capítulos de libros) son demorados.	El proceso de evaluación cuenta con ciertos factores que influyen en los tiempos: 1. Dificultades en la consecución de los expertos. 2. La evaluación consta de un proceso que requiere muchas revisiones y control de cambios. 3. Presupuesto limitado para la consecución de correctores de estilo, traductores y diagramadores	Posibilidad de incumplimiento de los tiempos establecidos para la publicación de revistas indexadas	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Contar con el sistema de información OJS (Open Journal System) adquirido por la Universidad de Cádiz, para el proceso de gestión editorial de las revistas, el cual facilita el proceso de revisión por los evaluadores, por medio de alertas que genera recordatorios vía correo electrónico y facilita el flujo editorial por completo, incluyendo el envío de artículos, múltiples rondas de revisión. El responsable del control es la VIP.	Medio	60%	Menor	39%	Moderado	Aceptar									25/07/2025	La Universidad de Cádiz cuenta con el Sistema de Gestión Editorial OJS, a través del cual se realiza todo el proceso de gestión, desde la recepción de los artículos hasta la publicación definitiva de cada número. Cabe mencionar que la Universidad también cuenta con un sistema de métricas que permite identificar las vistas, descargas, artículos más leídos, países que nos visitan, entre otros. El cumplimiento del equipo de revistas científicas de la VIP ha sido fundamental para el buen funcionamiento del sistema OJS y también para la gestión de los editores. Adicionalmente, la institución cuenta con los módulos para preservación digital de la información en servidores de diferentes países, como una medida de seguridad en caso de una catástrofe natural o algún infortunio que se puede presentar.	30/07/2025	Efectivamente la Vice-Rectoría de Investigaciones y Postgrados Universitaria cuenta con el sistema de Gestión Editorial OJS (Open Journal System), herramienta sólida y flexible que ayuda a las revistas académicas a gestionar eficientemente su proceso editorial, promoviendo la investigación abierta y accesible y facilitando la difusión y visibilidad de las publicaciones. Este sistema facilita la gestión de revistas, revisión por pares, envío de artículos, edición, publicación y archivo.													
															2	El equipo de la VIP y editores de revistas evalúan los artículos y oportunidades de mejora para el plan de acción, con el fin de promover la optimización de los tiempos para la publicación de las revistas. Se realiza una presentación de la información a ser presentada al Consejo Académico.	Medio	60%	Menor	29%	Moderado	Aceptar							25/07/2025	Durante todo el mes de mayo y junio se realizaron encuentros personalizados de la pfa de la Oficina de Investigaciones y el líder del equipo de apoyo a revistas científicas de institución con los editores de revistas para el seguimiento de los avances de un proyecto iniciado en la VIP, que tiene como propósito elaborar un plan de acción para las revistas científicas de la UCádiz. En mayo y junio de 2025 se elaboró una presentación con esta información a ser socializada fuertemente con el Consejo Académico, con el fin de oficializar el plan de acción y generar la reglamentación de las revistas científicas de la UCádiz.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión desconoce sobre estas actividades, las que considera de suma importancia y que constituyen el deber para que el plan de acción propuesto llegue a feliz término.															
															3	Contar con el listado actualizado de posibles evaluadores de acuerdo a las áreas del conocimiento que se trabajan, en las revistas de la Universidad de Cádiz. Esta actualización la genera el OJS (Open Journal System). El responsable del control es la VIP.	Medio	60%	Menor	22%	Moderado	Aceptar							25/07/2025	Se realiza el seguimiento continuo a los editores y se encuentra que todos cuentan con una base de datos de evaluadores. Se realizan algunos reuniones con decanos, en donde se indica la importancia de los tiempos de contratación del asistente editorial, los cuales apoyaron el proceso.	30/07/2025	Seguimientos que corresponden a la VPU en aras de adoptar decisiones sobre la continuidad del contrato del asistente editorial.															
															4	Gestionar proyectos de investigación para obtención de recursos que permitan la financiación de las revistas.	Medio	60%	Leve	16%	Moderado	Aceptar							25/07/2025	Se implementa el proyecto IndexLab a través del cual se obtiene recursos mediante la oferta de servicios editoriales continuamente.	30/07/2025																
															5																																
															6																																
INVESTIGACIONES	2	Económico y Regulatorial	Cambios en las directrices gubernamentales desde el nivel Nacional	Disminución de recursos por parte del Ministerio de Ciencias para Ciencia, Tecnología e Innovación	Posibilidad de disminución en la consecución de recursos de convocatorias externas para los proyectos o programas de investigación	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Gestión y mapeo de oportunidades para la consecución de recursos externos con empresas nacionales e internacionales y otros Ministerios diferentes a Minciencia	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar								23/07/2025	El Vicerrector de Investigaciones y Postgrados ha realizado alianzas con el Ministerio de Cultura (Sondos para la Construcción de PAF), Agencia Nacional de Hidrocarburos y actualmente está trabajando para la presentación de proyectos al Ministerio de Defensa Nacional y Ministerio de Minas y Energía.	30/07/2025	Las auditorías a la Gestión Contractual reportan la contratación de personal para el desarrollo de este importante proyecto que busca que el sector cultural siga siendo pilar fundamental en la reconciliación y búsqueda de la paz, proyecto en desarrollo y otros más resultado de las gestiones que viene cumpliendo el Vice-Rector de Investigaciones y Postgrados.														
															2	Fortalecimiento del equipo de formulación para los proyectos externos.	Medio	60%	Menor	29%	Moderado	Aceptar						25/07/2025	Se consolida el trabajo de los formuladores de la VIP a través de un equipo de tres contratistas, expertos en elaboración de propuestas, en plataformas como MGA y SIGP. Además de manejo de presupuesto.	30/07/2025	Equipo de trabajo necesario para la formulación de proyectos.																
															3	Articulación entre la Oficina de Investigaciones y la Oficina Asesora de Innovación y Gestión de proyectos para identificar oportunidades para generación de recursos a través de proyectos.	Bajo	36%	Menor	29%	Moderado	Aceptar						25/07/2025	Se consolida el trabajo conjunto con la Oficina de Innovación y Gestión de Proyectos. Se elabora un procedimiento SIG relacionado con el proceso de formulación de proyectos, los cuales fueron socializados en junio de 2025 con los líderes y líderes de grupos de investigación.	30/07/2025	Consolidar en el SIG el proceso de formulación de proyectos revista especial importancia; toda vez que constituye en el deber a seguir por todos los interesados en participar en esta labor institucional.																
															4																																
															5																																
															6																																
GESTIÓN INVESTITACIONES	3	Económico y Regulatorial	Dificultad por parte de cada programa de postgrado para alcanzar el punto de equilibrio	Alto costo operativo de los programas de postgrado	Posibilidad de incumplimiento en la apertura de nuevas cohortes de programas de postgrado.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	246	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Revisión y optimización de los presupuestos de programas de postgrado	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar								17/07/2025	Se realiza un seguimiento continuo y acompañamiento a los programas de postgrado con el objetivo de garantizar que tanto las estimaciones presupuestales como su ejecución se lleven a cabo de manera adecuada y eficiente. Esto incluye la revisión detallada de los presupuestos de cada programa, asegurando que se alineen con las necesidades específicas de cada área, y la optimización de recursos para maximizar el impacto de las inversiones realizadas.	30/07/2025	Proceso que compete a los centros de gastos para asegurar la ejecución de los recursos provenientes de programas especiales, a la Dirección de Planeación para que lo ejecutado se ajuste a lo presupuestado y Área Financiera a quien le corresponde vigilar que lo aplicado se ajuste a lo aprobado. De esta forma las diversas dependencias comprometidas son garantes en el manejo efectivo y eficiente de los recursos provenientes de los programas de postgrado.														
															2	Dar cumplimiento al acuerdo 74 del 2023 del Consejo Superior por el cual se adopta valores de matrícula para estudiantes de postgrado beneficiarios de becas de formación de alto nivel financiadas con recursos del SGR.	Bajo	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						17/07/2025	Se realiza verificación de los recibos expedidos para cada beneficiario donde se identifica el cumplimiento de la aplicación de los acuerdos, adicionalmente se realiza seguimiento a los presupuestos de los programas de postgrados con el fin de asegurar la aplicación de transferencias al nivel central, fondo de facultad y/o inversión según lo establecido.	30/07/2025	Proceso de verificación y seguimiento que compete a las dependencias comprometidas.																
															3	Realizar gestión de becas mediante recursos del Sistema General de Regalías.	Muy Bajo	15%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						17/07/2025	La Universidad de Cádiz realiza la formulación del proyecto BPN 2024000100114 denominado "Fortalecimiento de competencias doctorales en ciencia, tecnología e innovación. Un proyecto estratégico de formación doctoral para el incremento de capital humano enfocado en las comunidades y el atención de las demandas territoriales en la región eje cañero Cádiz, Antioquia, Quindío, Risaralda" a la Convocatoria 35 Minciencia. El pasado 15 de mayo de 2025 cumple requisitos SGR y se encuentra en proceso de validación y aprobación por parte del CCAD de la Asignación de CTel. A la fecha no se cuenta con más convocatorias del SGR activas para el otorgamiento de becas, de igual manera el equipo esta en constante exploración de nuevas oportunidades.	30/07/2025	Lo importante es que se cuenta con el equipo que está pendiente de nuevas convocatorias y en la búsqueda de nuevas alternativas para gestionar becas a través de los recursos del SGR y otras instancias que brinden nuevas oportunidades.																

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION		
I O N E S															4	La Oficina de posgrados realiza acompañamiento a programas de posgrado que buscan reducción de matrículas con el fin de elevar la propuesta al Consejo Académico para su aprobación	Muy Baja	15%	Menor	34%	Bajo	Aceptar						25/07/2025	Se realiza acompañamiento a los programas de posgrados con la necesidad inmediata de realizar su disminución de matrícula, entre estos se encuentran: - Maestría en Justicia Social y Contribución de Paz, también nivel de socialización de documentación requerida para el proceso. - Doctorado en Ciencias Agrarias: Aprobación de la disminución de matrícula de 15 a 11 SMLMV	30/07/2025	Actividad que compete promover a la Oficina de Posgrados.			
															5																			
															6																			
	G E S T I O N  P R O Y E C C I O N	1	Económico / Regulatorio	Proyectos con deficiencias en la formulación.	La formulación de los proyectos no está coordinada con las facultades y los planes de acción institucionales.	Posibilidad de desarrollar proyectos y actividades de extensión con bajo impacto en la estrategia institucional	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Evaluación de los criterios de calidad definidos en la convocatoria interna realizada en los momentos con el mismo formato de evaluación: 1. Evaluación por parte de los departamentos 2. Evaluación del consejo de facultad 3. Evaluación de comisión central de proyección o pares externos.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	No se materializó el riesgo. Durante el proceso de convocatoria interna, cada uno de los proyectos presentados fueron revisados y evaluados por el departamento respectivo, y evaluados en la facultad a la que pertenece el coordinador y por un comité de evaluación conformado por un comité de proyección, un evaluador externo y el vicerrector de proyección. En la convocatoria se definieron para la evaluación unos criterios como articulación, calidad y viabilidad de la propuesta, pertinencia, aliados y productos. Los proyectos debían contar con un aval del departamento para llegar a la facultad, donde se evaluaban y los que obtuvieron un puntaje mayor a 70 llegaron a la VPU. Finalmente, los que superaron 70 puntos en el puntaje del Comité mencionado anteriormente, fueron los seleccionados.	30/07/2025	Se surtió el proceso en los términos definidos y aprobados por la Vice-Rectoría de Proyección.		
																2	Asesorías y acompañamientos para la presentación de proyectos internos y externos. Los responsables del control los profesionales de la VPU y la Oficina Asesora de Innovación y Proyectos.	Baja	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	No se materializó el riesgo. Este seguimiento se realiza de manera permanente, pues durante todo el año se atienden docentes y se dictan asesorías personalizadas, con el fin de apoyar y orientar en el proceso de formulación y inscripción de proyectos en la Vicerrectoría o en las diferentes convocatorias que tengan lugar. No se ha llevado a cabo una capacitación general, toda vez que no ha sido necesario. Se estableció dentro del cronograma de la convocatoria la realización de dos jornadas de socialización y resolución de dudas, con la participación de algunos docentes que participan activamente de estos espacios. Asimismo, se realiza lo siguiente: * Reuniones periódicas con el equipo técnico de los proyectos con profesionales de formulación para la estructuración de proyectos (técnicos y presupuestarios) * Apoyo en procesos administrativos y postulación de proyectos en plataformas especializadas; por parte de los profesionales de la Oficina Asesora de Innovación y Gestión de Proyectos * Acompañamiento en el rastreo de los estados de resultados en la convocatoria o los parámetros de subsanación y aclaraciones en las postulación y evaluación de los proyectos en convocatoria	30/07/2025	La Oficina de Control Interno de Gestión a través de auditorías a proyectos de la Vice-Rectoría de Proyección ha verificado en la documentación aportada, que las actividades de seguimiento, asesorías y jornadas de socialización se han cumplido en los términos descritos por los profesionales responsables de la VPU y Líder de la Oficina Asesora de Innovación y Proyectos.		
																3	La Comisión Central de Proyección que está conformada por representantes de las 6 facultades participan y aprueban en todas las fases de la presentación de los proyectos de proyección.	Baja	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	No se materializó el riesgo. Se realiza de manera permanente. A lo largo del año se realizan diferentes reuniones de la comisión con el fin de asesorar y definir los criterios de presentación de propuestas en la convocatoria. Asimismo, al evaluar un representante de cada facultad, estos son puentes de información con cada una de ellas, a fin de apoyar en la presentación de propuestas. Finalmente la comisión de proyección valida los resultados de la convocatoria previo a su publicación, para definir así la aprobación y distribución presupuestal de los proyectos.	30/07/2025	El proceso está blindado con la participación de los representantes de las 6 facultades en la Comisión Central de Proyección.		
															4																			
																5																		
																6																		
P R O Y E C C I O N	2	Económico / Regulatorio	Cambios en las directrices, normas, leyes de las entidades externas	1. Incumplimiento de los tiempos pactados en la formulación de los proyectos. 2. Incumplimiento en el reporte de los recursos (especie y efectivo) por parte de los aliados.	Posibilidad de incumplimiento en las obligaciones de los proyectos financiados por entidades externas.	Ejecución y Administración de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Cartas de compromiso firmadas por los aliados, en donde se relacionan las obligaciones y los compromisos en términos de recursos, en especie y efectivo, para la ejecución del proyecto.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	El riesgo NO se ha materializado. Envío de cartas de aval y modelos de gobernanza o cartas de participación de aliados para firma por los representantes legales de las instituciones que conforman las alianzas estratégicas	30/07/2025	Las cartas de compromiso firmadas por los aliados constituyen la garantía de cumplimiento de las obligaciones pactadas.			
															2	Evaluación de la capacidad técnica, financiera y administrativa de los aliados al momento de la conformación de la alianza en la formulación del proyecto.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	El riesgo NO se ha materializado. Se realiza revisión sobre la capacidad técnica y presupuestal de las propuestas previo cierre de las convocatorias por parte de los formuladores de la oficina y posteriormente revisión y aprobación por parte del Asesor de Innovación y Gestión de Proyectos	30/07/2025	Es claro que al firmar la carta de compromiso se están comprometiendo en el cumplimiento de las obligaciones, tanto desde el punto de vista administrativo, técnico y económico.			
															3	Solicitud de prórroga en tiempo a la entidad financiadora para el cumplimiento de los indicadores del proyecto.	Medio	60%	Menor	29%	Moderado							30/07/2025	El riesgo NO se ha materializado. De acuerdo con la entidad financiadora, se pueden o no solicitar prórrogas para el cumplimiento del proyecto. En caso de ser necesarias estas solicitudes, se realizan a la entidad desde la Oficina Asesora de Innovación y Gestión de Proyectos, con la justificación necesaria.	30/07/2025	Las posibilidades de prórrogas deben estar claramente estipuladas en los contratos o compromisos suscritos.			
															4																			
															5																			
															6																			
G E S T I O N  P R O Y E C C I O N	3	Regulatorio	La información de los egresados no se encuentra sistematizada	No existe un sistema de información que soporte la información	Posibilidad de la pérdida del vínculo entre el egresado y la Universidad	Ejecución y Administración de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Actualización de la base de datos de egresados, a partir de la encuesta de caracterización de egresados, la constancia de entrega de carnet, redes sociales, página web y mailing.	Medio	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	El riesgo no se materializó. Se implementó un protocolo semestral de actualización que consolida información de encuestas de caracterización, constancias de entrega de carnet, redes sociales, página web y campañas de mailing. Además, se establecieron mecanismos de validación cruzada de datos y consistencia de la base de datos. Las campañas digitales han mejorado significativamente la participación de los egresados.	30/07/2025	Proceso que compete de manera directa a la Vice-Rectoría de Proyección a través de la Oficina de Egresados.			
															2	Realizar gestiones para la implementación de un sistema de información de egresados.	Medio	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						30/07/2025	El riesgo no se materializó. Ya se encuentra en marcha un sistema de información especializado para egresados, integrado con las plataformas académicas institucionales. El sistema permite la gestión de perfiles, seguimiento de trayectorias y análisis de datos. Su desarrollo fue financiado mediante gestión interna y externa, se encuentra en fase de prueba y mejora con acompañamiento técnico y capacitación al equipo responsable.	30/07/2025	Proceso que compete de manera directa a la Vice-Rectoría de Proyección a través de la Oficina de Egresados.			
															3	Alianzas con entidades externas (Red de unidades de egresados de Colombia REMACE) (Red de unidades de egresados de manizales REMAS) para actualizar las bases de datos y realizar campañas en conjunto con este fin.	Baja	36%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						22/07/2025	El riesgo no se materializó. Se consolidaron alianzas activas con REMAS bajo la sombra del convenio de colaboración SUMA. Estas redes han permitido la ejecución de campañas conjuntas de actualización de datos, nuevas de empleo, nuevas de relacionamiento con premios, organizaciones de la sociedad civil, gobierno y demás y el intercambio continuo de información, respetando la normativa de protección de datos. Se conformó un comité interinstitucional que coordina acciones periódicas y evalúa los resultados mediante indicadores de cobertura y actualización.	30/07/2025	Proceso que compete de manera directa a la Vice-Rectoría de Proyección a través de la Oficina de Egresados.			
															4																			

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION																		
PROYECCIÓN	4	Economico /Reputacional	Documentación inconsistente presentada por los estudiantes que pretenden realizar movilidad.	Evento adverso	Posibilidad de afectación de la integridad física y mental de los estudiantes que realizan movilidad entrante y saliente	Ejecucion y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	5																																			
															6																																			
															1	La Unidad de internacionalización realiza seguimiento a los estudiantes que se encuentran en movilidad entrante y saliente para determinar el nivel de conformidad con la experiencia.	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar																												
															2	Se verifica que cada estudiante presente un seguro para garantizar las condiciones de salud durante su estadía.	Baja	36%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																												
															3	Al finalizar el proceso de movilidad se realiza la aplicación de una encuesta de satisfacción para medir la experiencia de los estudiantes y determinar acciones de mejora.	Baja	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																												
															4																																			
GESTIÓN MEDICIÓN ANALISIS MEJORA	1	Economico /Reputacional	Debilidades en la identificación de los riesgos en las actividades de los procesos	Falta de compromisos institucionales con la adecuada gestión del riesgo por parte de los procesos	Posibilidad de materialización de los riesgos identificados	Ejecucion y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Actualizar política de administración del riesgo, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y gestión y la metodología del DAFP. El responsable es la Oficina Asesora de Planeación (OAP). La evidencia del control es la política elaborada.	Media	60%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																												
															2	Acompañar y asesorar a los procesos en la identificación y valoración de los riesgos y en su actualización cada que se modifica la metodología por parte del DAFP. El responsable del control es la Oficina Asesora de Planeación (OAP). La evidencia del control son las últimas versiones de los mapas de riesgo publicados en el SIG.	Media	60%	Menor	34%	Moderado	Aceptar																												
															3	Realizar monitoreo a los riesgos de gestión y corrupción en los tiempos establecidos para cada uno de ellos. El responsable del control es la Oficina Asesora de Planeación (OAP).	Media	60%	Menor	25%	Moderado	Aceptar																												
															4																																			
															5																																			
															6																																			
MANEJO DE RIESGOS	2	Reputacional	Ataques cibernéticos que elimine o modifique la información del SIG.	Daño en los servidores donde reposa la información institucional.	Pérdida de la integridad de la información del SIG	Fallos Tecnológicos	360	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Implementar políticas y procedimientos para la seguridad de la información del SIG. El responsable es la Oficina de Sistemas.	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar																												
															2	Contar con un manual técnico del software del SIG actualizado, elaborado por el Ingeniero administrador del SIG.	Baja	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar																												
															3																																			
															4																																			
															5																																			
															6																																			

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION														
GESTIÓN MEDICIÓN ANALISIS MEJORA	3	Económico/Reparacional	Falta de compromiso de la gestión del SIG.	Desarticulación de las actividades de los procesos con el sistema de calidad y la norma que lo rige.	Posibilidad de afectar los resultados institucionales por falta de compromiso de los procesos con la gestión del SIG	Ejecución y Administración de procesos	240	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Facilitar la gestión de los procesos a través del acompañamiento permanente del equipo SIG en todo el ciclo PHVA. El responsable es la Oficina Asesora de Planeación (SIG).	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar							23/07/2025	Como parte del seguimiento a este control, se verificó que el equipo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) brinda un acompañamiento permanente a las procesos institucionales durante todo el ciclo de mejora continua PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Este acompañamiento incluye orientación en la formulación y seguimiento de indicadores, actualización de documentación, evaluación de resultados y ejecución de planes de mejoramiento.  Este control se ejecuta de forma permanente, como parte del funcionamiento ordinario del sistema, y ha sido fundamental para asegurar que los procesos institucionales mantengan la coherencia entre sus actividades y los lineamientos del sistema de gestión de calidad. La eficacia de este control se refleja en la reciente renovación del certificado de calidad ISO 9001:2015 por parte de ICONTEC, lo que demuestra el adecuado funcionamiento del sistema y el compromiso institucional con su mantenimiento y mejora continua.	30/07/2025	La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión ha constatado de manera directa, el compromiso, voluntad y disposición del Equipo del Sistema Integrado de Gestión, para atender, asesorar y acompañar los procesos institucionales en el ciclo PHVA.  El seguimiento, control y manejo del SIG han sido fundamentales en el desarrollo de los procesos de toda la comunidad universitaria, en razón a que este sistema trazó las rutas a seguir de conformidad con las actividades a desarrollar y la normatividad vigente. Además proporciona las herramientas, instructivos y guías que hacen parte del proceso.  La reciente auditoría de ICONTEC para la renovación del certificado de calidad ISO 9001:2025 da cuenta de la eficiencia de este sistema.														
															2	Capacitar a los docentes y funcionarios que son responsables de los procesos en el manejo del sistema y los elementos que lo componen (Documentación, indicadores, planes de mejoramiento, mapas de riesgo, etc.). De igual forma realizar inducción a los funcionarios que ingresen nuevos a la institución. El responsable es la Oficina Asesora de Planeación (SIG).	Baja	22%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Este control también ha sido ejecutado de manera permanente, mediante la realización de jornadas de capacitación e inducción dirigidas tanto a funcionarios nuevos como a responsables de procesos ya establecidos. Estas actividades han permitido fortalecer el conocimiento sobre el funcionamiento del SIG, su estructura documental, la gestión de riesgos, los planes de mejora, la formulación de indicadores y la evaluación de resultados.  Durante el seguimiento se evidenció que estas acciones han tenido un impacto positivo en la apropiación del sistema por parte de los equipos de trabajo, reduciendo la desarticulación entre los procesos y la norma. La efectividad de este control se corrobora con los resultados obtenidos en la evaluación MIDI - MPG, donde la universidad alcanzó un 89.4 sobre 100, reflejando un alto nivel de madurez en la implementación del modelo de gestión.	30/07/2025	Todas las actividades de capacitación y socialización han venido siendo atendidas de manera cotidiana por el Equipo del SIG. Asimismo desde la Oficina Asesora de Control Interno hemos verificado que las asesorías requeridas por personas que ingresan a la U. o que requieren mayor información sobre el sistema, reciben asesoría y capacitación directamente en la Oficina de Planeación.  Se recomienda complementar en análisis de conformidad con los resultados de la evaluación MIDI - MPG, los cuales han generado un puntaje alto porcentual 4															
															3	Implementar Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de tal forma que se articule la estrategia con la administración de los procesos en el cumplimiento de las políticas públicas. El responsable es la Oficina Asesora de Planeación (SIG).	Baja	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Este control se ha desarrollado de manera continua, buscando asegurar que los procesos de la Universidad se encuentren alineados con las políticas públicas del orden nacional y con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). La implementación del modelo ha permitido integrar la planificación estratégica institucional con la operación de los procesos y la rendición de cuentas, articulando las metas institucionales con los resultados esperados por el Estado.  El resultado alcanzado en la evaluación MIDI 2024 (89.4) es evidencia concreta del nivel de implementación del MIPG y de la articulación efectiva entre estrategia, procesos y gestión. Además, este control ha fortalecido la toma de decisiones con base en evidencia, y ha contribuido a la alineación institucional con el enfoque de calidad en la gestión pública.	30/07/2025	Los resultados obtenidos en MIPG y evaluación de calidad por ICONTEC dan muestra de la efectividad en su implementación. Se recomienda dar continuidad a los planes de implementación con base a las recomendaciones y resultados del FURAG															
															4	Desarrollar estrategias que permitan el análisis de datos e información institucional para la toma de decisiones.	Baja	22%	Menor	34%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Este control ha sido clave en el fortalecimiento de la cultura institucional de evaluación y mejora continua. La Oficina Asesora de Planeación ha liderado el desarrollo e implementación de estrategias que permiten consolidar, analizar y utilizar la información institucional para la toma de decisiones basada en evidencia, incluyendo el uso de sistemas de información, paneles de indicadores y reportes analíticos para los distintos niveles de gestión.  Los resultados positivos de la renovación del certificado ISO 9001:2015 y el puntaje obtenido en MIDI 2024 respaldan la eficacia de este control, ya que reflejan una institución con capacidades instaladas para analizar su desempeño, identificar brechas y orientar sus acciones hacia la mejora continua. Como oportunidad de mejora, se sugiere continuar promoviendo el uso de herramientas digitales para el análisis de datos, así como fortalecer la formación en análisis institucional entre los equipos responsables.	30/07/2025	Se han desarrollado diferentes estrategias que muestran su efectividad en los resultados obtenidos en la re-certificación en calidad y los resultados de FURAG, métrica porcentual cuatro por mil en el índice de desempeño institucional															
															5																															
															6																															
GESTIÓN DE INFORMACIÓN	1	Reparacional	Fallas en la custodia de la información	Acceso a información, consulta del archivo físico de informes y soportes de auditoría. Externa: Falta de los servidores que almacenan información correspondientes a las auditorías internas. Externa: Datos informáticos Externa: Pliego intencional de los informes. Externa: Difusión no autorizada de información	Pérdida, sustracción indebida o alteración de la información o registros correspondientes a las auditorías internas.	Ejecución y Administración de procesos	85	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.	Menor	40%	Moderado	1	Realizar copia de seguridad de los archivos de la DCI en disco duro externo (secretaría de la oficina). La unidad externa es conservada en la secretaría de la oficina como evidencia de la ejecución del control. Tiempo: Mensualmente.	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Aceptar							23/07/2025	Se da continuidad a las copias de seguridad en memoria externa, igualmente se conserva copia en drive de los principales documentos: Informe final, Informe ejecutivo y planes de mejoramiento.	30/07/2025	Es crucial el respaldo de información de gestión en los documentos clave, esta práctica permite asegurar la disponibilidad y recuperación de la información en caso de incidentes, garantizando la continuidad operativa de la dependencia.														
															2	Publicar las auditorías de gestión realizadas a la página web institucional los cuales quedan contenidos en el servidor de la oficina de sistemas. La evidencia de la ejecución del control es la página web institucional.	Baja	22%	Menor	40%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Se da continuidad a la publicación de auditoría dentro del siguiente enlace: <a href="https://www.unicad.edu.co/porta/control-interno/0150629591649-8c6d4-4666">https://www.unicad.edu.co/porta/control-interno/0150629591649-8c6d4-4666</a>	30/07/2025	La publicación de las auditorías de gestión en la página web institucional, ha permitido el fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas, adicionalmente facilitar el acceso público a la información permite que la comunidad conozca los resultados de la gestión, generando confianza y sentido de pertenencia hacia la institución.															
															3	Remitir al líder del proceso auditado todos los informes de auditoría debidamente escaneados. Estos se envían a través del sistema ADMIRACH, donde queda registrada la evidencia. Asimismo, la copia digital permanece en poder del asesor titular de la Oficina de Control Interno.	Muy Baja	11%	Menor	40%	Baja	Aceptar						23/07/2025	Se da continuidad a la custodia por admirach mediante la clasificación suministrada en las TRD	30/07/2025	El uso del Sistema de Gestión Documental es fundamental para la organización, preservación y trazabilidad de la información, además de garantizar que la información se gestione de forma centralizada y confiable.															
															4	Organizar la documentación física y virtual con base en las TRD, garantizando su adecuado custodio en el Archivo Central y su transmisión a través del sistema ADMIRACH	Muy Baja	6%	Menor	40%	Baja	Aceptar						23/07/2025	Contamos con archivo de gestión y transferencia de documentos en el archivo central las transferencias se realizan según lo programado	30/07/2025	Se resalta que el cumplimiento de los cronogramas establecidos para las transferencias documentales, optimiza el espacio físico y digital, y asegura la preservación y disponibilidad de la información conforme a los plazos y disposiciones normativas vigentes.															
															5	Aplicar líneas de comunicación institucional, con base en el Manual de Medios Institucionales y la Política de Comunicaciones, que permitan generar una comunicación clara, transparente y coherente hacia la comunidad en general.	Muy Baja	4%	Menor	40%	Baja	Evitar						23/07/2025	Todas las comunicaciones oficiales se realizan y gestionan a través de los canales de comunicación regulares a través de control interno. A la fecha no hemos presentado casos de fallos en la custodia de la información	30/07/2025	Sobresale el control de la información a través del uso de conductos regulares en la gestión de comunicaciones, lo cual permite su trazabilidad y protección.															
															6																															

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION															
GESTIÓN CONTROL SEGUIMIENTO	2	Economico y Regulatorial	Concentración en temas de informes obligatorios y otros asuntos alternos	El programa de auditorías se ve interrumpido por la necesidad de hacer auditorías para atender quejas y solicitudes de información. Muchos casos de auditoría urgente aplican los importantes. Uso del mecanismo de solicitud de auditoría interna por parte de los funcionarios para develar situaciones anómalas que podrían ser analizadas y seguidas en otros instancias por la vía de la resolución asertiva de conflictos. Falta recurso humano. Concentración de labores relacionadas con informes obligatorios. Cambios en el cronograma del plan de auditoría. Debilidad en la capacidad continua del equipo de	Bajo subrimiento de las áreas de la entidad en cuanto a evaluaciones y seguimiento en procesos de auditoría.	Ejecucion y Administracion de procesos	85	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Manifiesta la necesidad de contratar auditores externos para realizar auditorías especiales o para casos específicos, conforme a lo aprobado en el programa de auditorías (de la Oficina Asesora de Control Interno). Como evidencia de control, se revisan los casos específicos de auditoría de conformidad con el plan de auditoría aprobado.	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar								23/07/2025	Se ha manifestado la necesidad de incrementar el personal de la oficina y contar con un software de apoyo tanto en Consejo Superior como en el Comité de Control Interno. Se realiza revisión de alcance y priorización de temas a la fecha si bien es cierto no se ha incluido personal directo en la oficina para el 2024 contamos con un funcionario auditor de calidad que apoyo dos auditorías.	30/07/2025	Aunque no se ha incluido personal directo adicional, la gestión de esta solicitud refleja el compromiso de la dependencia por optimizar su capacidad operativa y asegurar el cumplimiento oportuno de sus funciones.														
															2	Fomentar la cultura de autocontrol a través de la generación de indicadores, planes de acción por procesos, gestión de riesgo, asesoría y acompañamiento a los procesos para mejores practicas que fortalezcan el resultado y alcance de los objetivos por proceso.	Baja	22%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	proponer a planeación la reactivación de planes de acción por proceso y realización de autodiagnósticos para su implementación	Asesor Control Interno	24/11/2021	1/06/2022	Realizada desde planeación, y documentada por cada proceso. Igualmente para los dx mig los cuales se vienen trabajando y evidencian efectividad en el avance de sus resultados	TERMINADO	23/07/2025	Desde el área de planeación se proyectaron planes por proceso, se cuenta dentro del plan de auditoría del 2025, el seguimiento a ellos. Se actualizan indicadores del proceso incluyendo el seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento	30/07/2025	Incorporar el seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento, permite contar con información actualizada y objetiva para la toma de decisiones, adicionalmente contribuye al mejoramiento continuo, a identificar oportunidades de ajuste y garantizar que las acciones implementadas generen los resultados esperados.															
															3	Ejecutar el programa anual de auditorías aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno, asegurando los recursos requeridos para su cumplimiento, con el objeto de llevar a cabo el mismo. La actividad se evidencia en un acta del Comité y decisiones adoptadas. Tiempo: De conformidad con el cronograma establecido en el programa de auditorías.	Muy Baja	13%	Menor	40%	Bajo	Aceptar						23/07/2025	A través de la metodología de priorización de auditorías basadas en riesgos se definen temas prioritarios, esta matriz es presentada al comité de control interno quien adscribe temas además de las solicitudes generadas por la comunidad o entes reguladores. Las ejecuciones de los planes de auditoría dentro del periodo 2022 a 2024 ha sido del 100%	30/07/2025	Es destacable la priorización de auditorías basadas en riesgos, pues esto ha permitido enfocar los recursos hacia los temas de mayor impacto para la institución, asegurando así una cobertura integral que se evidencia en el cumplimiento del 100% en la ejecución de los planes de auditoría, este resultado refleja planificación, coordinación y seguimiento, así como un alto compromiso con la eficiencia, la transparencia y el fortalecimiento del control interno.																
															4	Elaboración de proyecto de plan de auditoría para aprobación del comité de control interno basado matric, en riesgos priorizados (universo de auditorías).	Muy Baja	8%	Menor	40%	Bajo	Reducir (mitigar)	Elaborar matriz de priorización de riesgos para formular plan de auditoría	Equipo de Control Interno	30/01/2022	1/06/2022	implementada desde el 2022, se documenta dentro del manual de calidad de auditoría y se aplica	TERMINADO	23/07/2025	Se elabora proyecto con base a análisis de la matriz de riesgos priorizados de la cual se deja copia para cada periodo en los papeles de trabajo y se presenta anualmente al comité de control interno. Este riesgo no ha sido materializado, las auditorías programadas se han ejecutado	30/07/2025	Consolidar el proyecto del plan de auditoría ha facilitado un seguimiento estructurado, evidenciando la efectividad de la gestión preventiva realizada por la dependencia, asegurando la ejecución oportuna de las auditorías programadas y mantener la integridad de los procesos institucionales.															
															5																																
															6																																
GESTIÓN CONTROL SEGUIMIENTO	3	Economico y Regulatorial	Falta de independencia en el ejercicio de auditoría por influencia interna o externa	Influencia indebida hacia los auditores internos o externos. Vínculos de amistad o afinidad de auditores hacia sus auditados	Pérdida de independencia en el ejercicio de auditorías internas	Ejecucion y Administracion de procesos	85	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	1	Generar el "código de ética", el cual una vez aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno, es de obligatorio cumplimiento por parte de los auditores. Como evidencia de su acatamiento se suscribe el compromiso ético del auditor interno". Evaluación de auditores internos	Baja	35%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Aprobar Código de Ética del Auditor, socializar y realizar evaluación de auditores	Asesor Control Interno	31/06/2021	31/06/2021	Aprobado en dic 2022, socializada diligenciamiento de compromiso ético de auditores. Al cual se le ha dado cumplimiento mediante la socialización, la evaluación interna y sistema de auditorías y el diligenciamiento del compromiso ético del auditor	TERMINADO	23/07/2025	Este control permite garantizar la competencia técnica del equipo y asegurar que las auditorías se desarrollen estándares éticos y profesionales fortaleciendo del sistema de control interno institucional.	30/07/2025	Cada uno de los auditores ha suscrito el compromiso ético, el cual reposa en Gestión Humana, igualmente se realiza evaluación de auditores y se cuenta con plan de acción para gestión de las observaciones realizadas por los auditados en promedio se generó una evaluación de 4.4															
															2	Revisar y aprobar todos los informes de auditorías de gestión emitidos por parte del asesor titular del despacho. Como evidencia del uso del control, quedan los informes suscritos por el jefe de la Oficina y el auditor. Cada vez que se generan.	Baja	22%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Este control garantiza la trazabilidad de la información reportada. Asimismo, la conservación de estos informes en el Sistema de Gestión Documental constituye una buena práctica que facilita su consulta, preserva la integridad y asegura su disponibilidad.	30/07/2025	Todos los informes son revisados y remitidos desde el correo central y admichri. Se conservan los informes en las TRD y drive para consulta																
															3	Auditorías externas y revisión de informes de auditorías internas por entes reguladores y de control.	Muy Baja	15%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)						30/07/2025	El que no se evidencien hallazgos en auditorías externas de calidad y CGR es el resultado de la atención que se ha logrado de la gestión institucional con estándares de calidad y buenas prácticas reconocidas a nivel nacional, efectividad de los controles implementados, la madurez de los procesos y el compromiso de las dependencias con la mejora continua y el cumplimiento de los requisitos normativos y técnicos aplicables.	30/07/2025	Las auditorías externas de Calidad y CGR no evidencian hallazgos relacionados con los informes de la oficina de control interno, los resultados de evaluación son el FENECIMIENTO de la cuenta por parte de la CGR y la reafirmación en calidad por ICONTEC																
															4	Realizar la elección de asesor de control interno mediante proceso meritocrático e independiente por el Consejo Superior	Muy Baja	9%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)						23/07/2025	Este procedimiento garantiza la transparencia en la selección, asegurando que el cargo sea ocupado por un profesional con las competencias requeridas y fortalezca la autonomía e imparcialidad de la función de control interno, contribuyendo a la confianza institucional y al cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.	30/07/2025	Realizado a través del Consejo Superior según lo descrito en el Acuerdo 56. No se evidencia materialización de este riesgo																
															5																																
															6																																
SECCIONES OPERATIVAS	4	Economico y Regulatorial	Desconocimiento Cambios normativos internos y externos Emisión continua de normas externas Externa	Emisión continua de normas internas, interna Emisión continua de normas externas Externa	Dificultad en el seguimiento a procesos por cambios continuos en la normatividad externa e interna	Ejecucion y Administracion de procesos	60	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	1	Consultar vía internet e intranet de la información emitida por la entidad, revisar el boletín informativo Universidad de Caldas	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar							23/07/2025	Para cada tema de auditoría, se realiza un estudio de las normas aplicables internas y externas y su actualización, mediante la consulta del nomograma institucional, se realizan además consulta al área Jurídica de la Universidad	30/07/2025	Es destacable que las auditorías se desarrollen con base en criterios normativos vigentes y correctamente interpretados, fortaleciendo la validez de los hallazgos, la calidad de las recomendaciones y la conformidad de los procesos con el marco legal e institucional.															
															2	Consultar permanentemente la normatividad externa y asistir a capacitaciones programadas por los diferentes entes reguladores y de control. Asimismo, establecer contactos para pertenecer a grupos de control interno entre otros, como red o grupo de apoyo	Baja	22%	Menor	40%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	A través de capacitaciones externas el equipo de trabajo se actualiza de manera continua en los diferentes temas requeridos, emitidos por el DAPP, Contraloría, CGR, entre otros. Así mismo la Universidad en el comité interinstitucional de control interno del departamento de Caldas y en el chat de mig nacional.	30/07/2025	La cualificación del equipo de trabajo es fundamental en el desarrollo de las auditorías y actividades de control, con criterios técnicos y normativos. Adicionalmente, la participación en el comité interinstitucional de control interno, es una oportunidad valiosa para el intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas, y favorece el trabajo articulado con otras entidades.																
															3	Solicitar capacitación dentro del programa de capacitación institucional al equipo de control interno cuando sea necesario	Muy Baja	13%	Menor	40%	Bajo	Aceptar						23/07/2025	Dentro del periodo 2024, se solicitó y realizó para el equipo auditores capacitación en redacción de informes de auditoría, igualmente en el segundo semestre se asistió de manera virtual a capacitación sobre servicio al ciudadano, efoqui, contratación, entre otros	30/07/2025	Es fundamental poder ampliar el conocimiento del equipo en áreas clave para la gestión pública, pues esto contribuye a mejorar la comprensión de los procesos institucionales y fortalecer la efectividad de las auditorías.																

Referencia	NRO	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
GESTIÓN CONTROL SEGUIMIENTO	5	Económico y Reputacional	Inconsistencias en las bases de datos, errores de consultas, oportunidad en entrega	Bases de datos con información no concorde o desactualizada Falta de depuración de las bases de datos enviadas desde las diferentes fuentes de información Atrazos en el reporte de información por atender otras prioridades Negligencia para atender este tipo de requerimientos No revisión del cronograma de informes y/o plan de auditorías Falta de planeación del control interno Fallas en los sistemas de información de la institución que generan retrasos en la presentación de los informes.	Errores en la información o demoras en el suministro de esta, requerida para llevar a cabo el proceso auditor o dar respuesta a informes a entes reguladores o de control	Ejecución y Administración de procesos	85	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Comunicar y socializar el programa anual de auditorías, una vez sea aprobado, con el fin de dar a conocer a las dependencias auditables, indicando las fechas probables de auditoría para que la información necesaria sea solicitada oportunamente. De acuerdo al cronograma establecido en el programa de auditorías.	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar								23/07/2025	En el mes de marzo del 2025 se socializa el plan de auditoría a todas las dependencias y se publica en la página web de la universidad, igualmente puede ser consultado mediante el drive, el cual se diligencia de manera constante y muestra su ejecución en línea.	30/07/2025	Socializar y publicar el plan de auditoría es muy pertinente, pues permite que las áreas preparen y accedan oportunamente la información requerida, optimizando el desarrollo de las auditorías conforme al cronograma establecido y asegurando la eficiencia en la planificación y ejecución de las actividades de control.
																2	Notificar el inicio de la auditoría y establecer dentro del requerimiento de información tiempos de respuesta	Baja	22%	Moderado	60%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	A través del formato de apertura de auditoría se notifica y se define la información solicitada y tiempos de respuesta. Puede ser consultada en el drive el informe final, el informe ejecutivo y la trazabilidad de los planes de mejoramiento.	30/07/2025	Esta herramienta es muy beneficiosa, pues las dependencias pueden tener claridad en los requerimientos y facilita el cumplimiento oportuno de la evidencia en el drive garantiza su fácil acceso para consultas o verificaciones posteriores.	
																3	Identificar a través de auditorías, las bases de datos inconsistentes para su depuración y establecer si es necesario planes de mejora	Baja	22%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	Dentro del formato de auditoría, se evidencian los puntos de mejora de los cuales se formulan planes de mejoramiento, estas evidencias pueden ser consultadas en el drive	30/07/2025	Es fundamental que las observaciones resultado de las auditorías se traduzcan en acciones concretas que permitan optimizar los procesos y prevenir recurrencias.	
																4	Acceso a las consultas de los diferentes sistemas de información, perfil de consulta.	Muy Baja	11%	Moderado	45%	Moderado	Reducir (mitigar)	Solicitar a sistemas la generación de consultas específicas para el área, e incorporar en el sistema información (sistema financiero-inventario de bienes, sara -norma, nuevo sis-gestión docente), etc). Generar consultas en línea	Equipo de Control Interno	1/06/2022	1/06/2023	Formalización de consultas por la mesa de ayuda, las cuales se configuran como consulta desde el sistema	TERMINADO	23/07/2025	Se generan dentro del drive perfiles de consulta clasificados como auditores, auditados, equipo directivo - comité control interno, los cuales de acuerdo a su tipo de clasificación tienen acceso a la información que les compete	30/07/2025	Disponer de un acceso controlado y perfiles de consulta, garantiza que el equipo auditor disponga de datos confiables, oportunos y completos para el desarrollo de sus actividades. Este control fortalece la trazabilidad y la transparencia de la información utilizada en los procesos de auditoría, reduce el riesgo de errores o manipulaciones, y optimiza la eficiencia en la recolección y análisis de la evidencia.
																5	Elaborar un cronograma de auditorías obligatorias con el propósito de estar atentos a la fecha de remisión de informes a los entes de control dando oportuna información al Jefe de la Oficina de Control Interno.	Muy Baja	8%	Moderado	45%	Moderado	Aceptar						23/07/2025	En la parte 2 y 3 del plan de auditorías se identifican los informes y auditorías obligatorias de carácter interno y externo, y tiempos de ejecución; sin embargo, la dinámica puede cambiar lo que hace necesario la verificación de estos temas de manera continua.	30/07/2025	Contar con un cronograma facilita la coordinación de tiempos, y garantiza que la información remitida sea oportuna y completa, reduciendo riesgos de incumplimiento, en tal sentido el seguimiento permite verificar el avance de cada auditoría y anticipar posibles retrasos.	
																6	Actualizar el cronograma de exigibilidades.	Muy Baja	5%	Moderado	45%	Moderado	Reducir (mitigar)	Documentar o actualizar cronograma de exigibilidades de control interno y solicitar la proyección por procesos	Asesor Control Interno	30/06/2021	30/06/2021	Se rige por el acuerdo 56 de 2018 y el plan de auditoría vigente dentro del cual se cuenta con: Auditorías por normas Internas y Externas. Tabla 2 y 3 del plan de auditorías	TERMINADO	23/07/2025	Incluido en el aparte 2 y 3 del plan de auditoría el cual en la columna normalidad establece la norma interna o externa que lo regule	30/07/2025	la actualización del cronograma es una acción importante, en tanto que regula los plazos y procedimientos, garantizando cumplimiento y supervisión efectiva



RECTORÍA

**OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SEGUIMIENTO JUNIO 2025**



**Tejiendo  
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Final
			Alto	Alto	Alto		1	Asesoría y capacitación permanente a los ordenadores del gasto en la normativa aplicable y sus cambios.	Circulares y revisiones a las solicitudes de contratación	Grupo interno de contratación	Permanente	En caso de que la solicitud no cumpla con la normativa, esta es devuelta al centro de gastos para su corrección	Probabilidad Preventiva		Alto	Alto	Alto	100%	Julio 25 del 2025	Riesgo mitigado a través de acciones del Plan de Gestión 2025 – Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios. En cumplimiento de las obligaciones misionales asignadas al Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios, y en el marco del componente de Gestión del Riesgo, específicamente lo relacionado con la mitigación de riesgos asociados a posibles hechos de corrupción en los procesos contractuales, se plantea el siguiente alcance de acciones implementadas y proyectadas para la vigencia 2025. Las actividades aquí expuestas hacen parte del Plan de Acción 2025, estructurado con enfoque preventivo y correctivo, en el cual se contemplan estrategias como la expedición de circulares, el desarrollo de capacitaciones, la actualización de procedimientos y el fortalecimiento del acompañamiento técnico a los centros de gasto. Estas acciones buscan garantizar los principios de transparencia, legalidad, economía, eficacia y responsabilidad en el ejercicio contractual. 1. Circulares internas y externas: Como mecanismo de orientación normativa y técnica, se han emitido las siguientes circulares con el fin de fortalecer las competencias de los actores involucrados en la gestión contractual: - Circular Externa 002 de 2024 – Lineamientos sobre el Principio de Planeación Contractual, Supervisión y Modificaciones Contractuales. - Circular Externa 003 de 2024 – Aplicación de la Ley de Garantías en los Procesos Contractuales de la Universidad de Caldas. - Circular Interna	30/07/2025	Desde la oficina de contratación se realiza acompañamiento a los centros de gasto y supervisores a través de circulares y capacitaciones tanto al equipo de contratación como a centros de gastos y supervisores, igualmente mediante la revisión de documentos del proceso contractual, mediante las auditorías internas de control interno, y externas realizadas por la Contraloría General de la Nación e ICONTEC, se ha verificado el proceso de contratación. Respecto al riesgo identificado no se ha evidenciado materialización del riesgo



No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual					
R1		Posibilidad de faltar al principio de selección	Posible	Catastrófico	Extrema	Evitar								Improbable	Mayor	Alta			Este acompañamiento busca orientar, prevenir errores y mejorar la calidad de la documentación presentada, en pro de procesos contractuales más eficientes y transparentes. 4. Capacitaciones: Internas – Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios: Se proyectan cuatro (4) jornadas de capacitación interna. A la fecha se han ejecutado dos (2), con el objetivo de fortalecer conocimientos técnicos, soportes documentales y la comprensión del proceso contractual. Externas – Centros de Gasto y Supervisores Contractuales: Para el segundo semestre de 2025, se tiene programada la realización de siete (7) capacitaciones dirigidas a los centros de gasto, con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas contractuales, la importancia del soporte documental de los contratos, y los principios que rigen la contratación pública. Adicionalmente, se ejecutarán dos (2) capacitaciones dirigidas a los supervisores de contrato, cuyo enfoque será el fortalecimiento del rol de supervisión, garantizando la adecuada ejecución contractual, el cumplimiento de obligaciones, y el mantenimiento de soportes al día. En estas sesiones también se socializará el Manual del Supervisor e Interventor de la Universidad de Caldas.		

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Final
	Contratación						2	Revisión de los documentos presentados por los interesados en los procesos de contratación verificando el cumplimiento de la normativa institucional	Solicitud de contratación, lista de chequeo.	Grupo interno de contratación	Permanente	Mensualmente se realiza revisión aleatoria de los contratos tramitados por parte del equipo de trabajo garantizado el cumplimiento de los requisitos contractuales.	Impacto	Correctivo				100%	Julio 25 del 2025	Riesgo mitigado a través de seguimiento aleatorio y fortalecimiento de la gestión documental contractual. En el marco de las acciones implementadas para la mitigación del riesgo de corrupción en la gestión contractual, se ha fortalecido la estrategia de control mediante la realización de seguimientos aleatorios mensuales a las solicitudes contractuales y a los contratos celebrados. Esta actividad tiene como propósito verificar la consistencia y completitud de los soportes contractuales, así como generar información consolidada para la presentación de informes al Sistema de Rendición de Cuentas Institucional – SIRECI. Adicionalmente, este riesgo se mitiga mediante otras acciones estructuradas dentro del Plan de Acción del Grupo Interno de Trabajo de Contratación y Convenios, como: - Acompañamiento técnico permanente - Capacitaciones internas y externas. - Publicación de información contractual en el SECOP II, lo cual ha generado mayor rigurosidad en la conformación de expedientes y soportes. En la misma línea, el proceso de Gestión Documental institucional, que articula el ciclo contractual con las Tablas de Retención Documental adoptadas por la Universidad. Esto permite garantizar la trazabilidad de los soportes, facilitar su revisión y asegurar la conservación de la memoria institucional conforme a la normatividad archivística vigente. Estas medidas en conjunto fortalecen la transparencia, la responsabilidad y el control preventivo en los procesos de contratación, reduciendo los factores de riesgo identificados.	30/07/2025	Se realizo revisión y actualización de la lista de chequeo, dentro de Auditoria interna se recomienda la incorporación al expediente contractual. Dentro de las auditorias realizadas se evidencia mejora en la conformación del expediente contractual y su reporte en el SIRECI y SECOP. La incorporación de controles baja el riesgo de Extremo a Alta. Se recomienda dar continuidad a los controles implementados y establecer otras acciones de impacto

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Final
		conómicos a través del comité cumentación fraudulenta.	Yellow	Red	Red		1	Revisión de los documentos que presentan los estudiantes en el Comité de matrículas, con el fin de corroborar que la información suministrada es real y verídica	Actas del comité de matrículas	Comité de matrículas	Semestral	Revisión en bases de datos de entidades externas de acuerdo a la documentación presentada y realización de visitas domiciliarias.	Impacto	Correctivo	Yellow	Orange	Orange	100%	15 de julio de 2025	Referente a los apoyos otorgados por el Comité de Matrículas se realizan las respectivas verificaciones por medio de las plataformas (SIA-ADRESS, SISBEN, Registro único de Víctimas, entre otros), llamadas telefónicas, solicitud de corroboración información a entidades privadas, verificación de información con otras dependencias de la universidad, solicitud de periodos probatorios con el fin de validar los datos y documentos suministrados por los estudiantes peticionarios. (Se adjuntan documentos soportes).	30/07/2025	Respecto a la adjudicación de apoyos socioeconómicos a través del comité de matrículas con la presentación de documentación fraudulenta, el Comité de Matrículas realiza la revisión de documentos y valida la información, estas evidencias constan en las actas de comité

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual					
R2	Bienestar	Posibilidad de adjudicación de apoyos socioeconómicos de matrículas con la presentación de documentos	Posible	Catastrófico	Extrema	Evitar	2	Realizar capacitaciones a los integrantes del Comité de matrículas sobre la normativa aplicable al procedimiento de adjudicación de apoyos socioeconómicos, con el fin de garantizar el conocimiento de las mismas.	Actas del comité de matrículas	Funcionaria encargada del Comité de matrículas	Cada que cambie la normativa y cada que cambien los integrantes del comité.	Enviar normativa a los correos electrónicos de los funcionarios para su conocimiento y respectiva aplicación y difusión	Probabilidad Preventivo	Posible	Mayor	Alta	100%	15 de julio de 2025	Se realiza actualización y/o socialización de los diferentes cambios realizados a los que haya lugar en referencia a normativa o modificaciones en el proceso de apoyos otorgados a través del Comité de Matrículas.	30/07/2025	Otro de los controles preventivos implementados es la reinducción y comunicación de cambios normativos y de proceso. Este riesgo es de índole externo lo que dificulta la identificación de controles alternos desde la causa fuente. No obstante no se evidencia que este riesgo se haya materializado.
		varias oportunidades por el mismo producto o servicio					1	En el proceso de inducción se les informa a los docentes sobre la normativa aplicable vigente	Registro de asistencia a las inducciones	Oficina de Desarrollo Docente	Cada que se posesionen docentes nuevos	Capacitaciones a los docentes sobre la normativa aplicable	Probabilidad Preventivo				100%	"Este seguimiento se lleva a cabo de manera permanente. Una vez se reciben los productos académicos de los docentes, el personal del Grupo Interno de Desarrollo Docente verifica en la hoja de vida del docente toda la productividad académica previamente presentada, con el fin de identificar semejanzas o similitudes en el contenido de la nueva solicitud. Así mismo, se hace uso de la plataforma TURNITIN con el fin de validar contenido existente en la red o en comunidades académicas que pueda ser igual o similar. Estas validaciones se hacen antes de enviar a revisión por parte de pares y mucho antes de ser analizadas por el CIARP.  En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC el día 22 de julio de 2025 para la renovación del certificado ISO 9001: 2015, se hizo seguimiento a este riesgo, encontrando conformidad en los controles definidos. Se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC."		Los controles establecidos para evitar el doble pago de puntos salariales por la misma modalidad o producto, son cinco, entre ellos la inducción y reinducción al personal docente del cual se deja constancia en los procesos de inducción y capacitación; igualmente a través de oficios y circulares	

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES							NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION							
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Final						Zona de Riesgo Final						
R3		ocimiento por productividad académica en una misma modalidad en similares.	Probable	Mayor	Alta	Evitar	2	El CIARP emite respuesta a los docentes cuando el producto ya fue evaluado y no recibe las solicitudes para nueva asignación de puntaje	Oficio del CIARP	Oficina de Desarrollo Docente	Permanente	En caso de que el docente persista en la solicitud se manda a segunda instancia (Consejo Académico).	Impacto Correctivo		Probable	Moderado	Alta					100%	22/07/2025						
			3	Revisión periódica de los productos aprobados para identificar que no se hayan realizado pagos dobles por el mismo producto.	Reporte en Excel de productividad de los docentes		Oficina de Desarrollo Docente	Trimestral	En caso de encontrarse duplicidad se contrasta con el área de nómina para elaborar acto administrativo de suspensión de puntos y devolución del dinero	Impacto Correctivo															100%				

Se validan desde aplicaciones externas y la base de datos interna los contenidos existentes por parte de la oficina de desarrollo docente.

Una vez verificado en las bases de datos internas y externas se reporta a las partes para lo pertinente, cabe resaltar que se cuenta con segunda instancia para el análisis de casos, el Consejo Académico



No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual					
	Gestión humana	Posibilidad de uso y manejo inadecuado de laborales					2	Verificar la procedencia y los intereses del solicitante, con el fin de corroborar el uso que se va a dar a la información y su destinatario.	Correo electrónico con la solicitud y archivo pdf para manejo de hojas de vida.	Oficina de Gestión Humana	Permanente	La jefe de gestión humana revisa la solicitud y la procedencia del envío de la información o niega la solicitud, posterior a asesoría jurídica.	Impacto Correctivo					100%			Los controles establecen la revisión y aprobación de la solicitud y la viabilidad de remitirla. No se evidencia materialización del riesgo.
		durante los procesos de admisión con cada uno de los aspirantes.					1	Capacitación y socialización de normatividad, procedimientos y metodología del proceso de admisión	Listados de asistencia a las capacitaciones y socializaciones	Oficina de Admisiones y Registro	Semestral	Enviar normativa a los correos electrónicos de los funcionarios para su conocimiento y respectiva aplicación y difusión	Probabilidad Preventivo					100%		Este seguimiento se lleva a cabo semestralmente. Para cada proceso de admisión, la Oficina de Admisiones y Registro Académico posee usuario de consulta para verificación de bases de datos externas, a través de las cuales se consulta la información sobre aspirantes que manifiestan pertenecer a comunidades especiales, vulnerables o de especial atención (Afrocolombianos, víctimas del conflicto, comunidades indígenas). Todos los aspirantes que se inscriben en condición de aspirante especial, son verificados y validados en términos del cumplimiento de dicho requisito.  En el marco de la auditoría realizada por ICONTEC para la renovación del certificado ISO 9001: 2015, se hizo seguimiento a este riesgo, encontrando conformidad en los controles definidos. Se reseña la fecha específica del control por parte de ICONTEC.	Este riesgo es de tipo externo, los controles establecidos permiten de manera preventiva actuar para minimizar el riesgo, se realizan procesos de inducción y reinducción a fin de dar aplicación efectiva a la verificación y revisión de la información allegada por los postulantes.

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Final
R5	Docencia	Posibilidad de asignación de cupos especiales de documentación fraudulenta presentada	Posible	Moderado	Moderado	Evitar	2	Revisar información suministrada por los aspirantes a través de comunicación permanente con las instituciones externas que custodian las bases de datos nacionales, verificando las condiciones especiales de los aspirantes.	Cruces de información realizados en las bases de datos de las instituciones externas	Oficina de Admisiones y Registro Académico	Semestral	Envío de comunicaciones directas a las instituciones externas, mediante correo electrónico, oficios o llamadas telefónicas	Impacto Correctivo		Posible	Menor	Moderado	100%	22/07/2025		30/07/2025	La oficina de Admisiones y registro académico revisa la información y la verifica con entes externos, icfex, instituciones educativas, alcaldías, entre otros, lo cual permite mitigar la posibilidad de ocurrencia del riesgo
		Los públicos y provocar su destinación autorizar el CDP y el compromiso.					1	Se verifica las solicitudes de CDP recibidos conforme a los lineamientos para la ejecución financiera y presupuestal.	Las solicitudes de CDP devueltas a los centros de gastos con observaciones.	Profesional especializado de	Permanente	En caso de evidenciar inconsistencia en las solicitudes de CDP, se devuelven al centro de gastos con la debida observación, para ser corregida.	Impacto Correctivo					100%	30/06/2025	En el primer semestre de 2025, desde el área de presupuesto se verifican las solicitudes de CDP para asegurarse que estos cumplan con todos los criterios de autorización, que la información coincida con el centro de gasto, que corresponda con los parámetros del catálogo de clasificación presupuestal y con la información contenida en el DANE. La comunicación se maneja por correo electrónico donde queda la trazabilidad completa de cada autorización. Se adjuntan evidencias del proceso. Ver carpeta "CDP" Link a la carpeta: <a href="https://ucaldas2020-my.sharepoint.com/:f/g/personal/gestionpresupuesto_tools_ucaldas_edu_co/EuwfiuIO-uZDm070U-Clg8cByQNnNVd9YPEcOnnP0SM4Hg?e=XMKeSX">https://ucaldas2020-my.sharepoint.com/:f/g/personal/gestionpresupuesto_tools_ucaldas_edu_co/EuwfiuIO-uZDm070U-Clg8cByQNnNVd9YPEcOnnP0SM4Hg?e=XMKeSX</a>	Desde el área Financiera se realiza un control previo a la ejecución de los contratos, lo cual permite identificar y verificar que los recursos tengan destinación asociada al rubro y se retroalimenta con el centro de gastos para subsanar los casos detectados, se adjuntan evidencias de las comunicaciones realizadas para ello.	

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual Final						Zona de Riesgo Final
R6	Gestión Financiera	Posibilidad de omitir la verificación de requisitos para el uso de los recursos de forma indebida en favor de un privado o tercero al momento de autorizarlos	Posible	Mayor	Alta	Evitar	2	Se revisan las solicitudes de autorización de los compromisos, con el propósito de asegurar que los registros presupuestales sean acordes con las solicitudes recibidas.	Correo electrónico enviado a Contratación	Profesional especializado de presupuesto	Permanente	En caso de evidencias inconsistentes se notifica por correo electrónico a contratación para que a su vez sea regresado al centro de gastos para ajustes.	Impacto	Correctivo	Posible	Moderado	Moderado	100%	30/06/2025	En el primer semestre de 2025, en el área de presupuesto se continúa con el análisis y revisión de las solicitudes de autorización de compromisos presupuestales de modo que estos cumplan con los requisitos de aprobación según el tipo de documento. Es importante mencionar que para asegurar que el proceso de revisión sea bien realizado, durante el primer semestre de 2025 se realizaron dos sesiones de capacitación y retroalimentación de procesos relacionado con la gestión presupuestal. Ver carpeta "CONTRATACIÓN" Link a la carpeta: <a href="https://ucaldas2020-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/gestionpresupuesto_tools_ucaldas_edu_co/ErEjWmd1o99HmFsv5_hpEcBvKUI5tUliFC1bf8UTBclqw?e=8VwmOm">https://ucaldas2020-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/gestionpresupuesto_tools_ucaldas_edu_co/ErEjWmd1o99HmFsv5_hpEcBvKUI5tUliFC1bf8UTBclqw?e=8VwmOm</a>	30/07/2025	Se adjuntan correos donde se evidencian comunicaciones con los centros de gasto luego de la revisión de autorización de los compromisos antes de realizar el registro presupuestal, lo que evidencia la continuidad en el control implementado
							3	Se actualiza en la normatividad vigente y retroalimenta al equipo de trabajo para su conocimiento	Listado de asistencia a capacitaciones e invitaciones	Profesional especializado de presupuesto	Permanente	Los funcionarios del área de presupuesto generan alertas sobre posibles desviaciones de la norma y procedimientos.	Probabilidad	Preventivo								

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO			CONTROLES							NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION			
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Final	Zona de Riesgo Final	
R7		procesos disciplinarios existiendo conflicto de intereses o causal de impedimento	Possible	Mayor	Alta	Evitar	1.	El profesional especializado de instrucción, redefinirá la asignación de las noticias disciplinarias, cuando adviertan un posible conflicto de intereses o una causal del impedimento, por parte de un funcionario instructor.	Cambio en el cuadro drive reparto noticias	Profesional especializada de instrucción	Cuando ocurra	La desviación del control produce el inicio de la acción disciplinaria correspondiente.	Impacto	Correctivo						100%	15/07/2025	Se continúa con el diligenciamiento de la casilla dispuesta en el archivo Excel de reparto, en la cual los funcionarios instructores deben manifestar la existencia de eventuales causales de conflicto de interés o de impedimento para conocer la respectiva noticia disciplinaria. Durante el periodo se reportaron dos noticias disciplinarias que requirieron reasignación		Dentro de la asignación de casos se certifica por cada uno de los abogados la existencia de conflicto de interés o impedimentos para los casos. Igualmente se reporta por la líder de proceso el conocimiento de dos casos y su reasignación. Evidenciándose así la continuidad en el control y no materialización de riesgo identificado
							2.	El profesional especializado de juzgamiento socializa las causales de impedimento y conflicto de intereses en las reuniones de equipo de trabajo.	Actas de reunión de equipo.	Profesional especializado de	Anual	En caso de que no se lleve a cabo la reunión de socialización, se difunde la información a través de correo electrónico institucional.	Probabilidad Preventivo	Possible	Moderado	Moderado					100%	15/07/2025	Las integrantes del Grupo Interno de Control Disciplinario recibieron socialización de las causales de impedimento y recusación en materia disciplinaria, durante la reunión semestral del grupo realizada el 3 de junio de 2025.	30/07/2025

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Residual
	Control disciplinario	Posibilidad de tramitar las actuaciones o los procedimientos disciplinarios	Alto	Alto	Alto		3	Al momento de asignar las noticias disciplinarias, la profesional especializada de instrucción, da a conocer los hechos objeto de averiguación, con el fin de que, entre otros, se expresen causales de impedimento o conflicto de intereses por parte de los funcionarios instructores.	Reparto de las noticias disciplinarias.	Profesional especializada de instrucción	Permanente	En caso de que no se manifieste la causal de impedimento o el conflicto de intereses podrá hacerse con posterioridad vía correo electrónico, previo a la emisión del primer auto	Impacto Correctivo		Alto	Alto	Alto	100%	15/07/2025	La Profesional Especializada de Instrucción continúa informando a los funcionarios instructores sobre los hechos que dan origen a cada noticia disciplinaria al momento de su asignación, con el fin de que evalúen y manifiesten oportunamente la existencia de posibles causales de conflicto de interés o de impedimento. Durante el semestre se presentaron tres solicitudes formales de impedimento, todas ellas resueltas favorablemente por el Rector.		Se da continuidad a este control, donde a través de la socialización de la noticia disciplinar y los hechos relacionados se puedan identificar algún tipo de conflicto de interés o causal de impedimento.

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION		
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Final	Zona de Riesgo Final
R8	Gestión Humana	Posibilidad de conflicto de interés particular y directo que impacte en la toma de decisiones o cumplimiento de la misión institucional.	Possible	Mayor	Alta	Evitar	1	Se solicitará la declaración de conflicto de interés a los funcionarios que ocupan cargos de la alta dirección, en el momento de ingreso a la institución.	Formato conflicto de intereses para nivel directivo	Oficina de Gestión humana	Permanente	Se realizará capacitación sobre conflicto de interés, dando a conocer el instructivo para declaración de conflicto de interés I-GH-935, dispuesto en el proceso de Gestión Humana	Impacto Correctivo	Posible	Moderado	Moderado			100%	Ene-Jun 2025	Se continúa cumpliendo con las directrices del INSTRUCTIVO PARA LA DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES, Código: I-GH-935, que señala "Al momento de posesionarse, los funcionarios del nivel directivo de la universidad deberán diligenciar el formato de conflicto de intereses".  De igual forma para dar cumplimiento a la Ley 2013 de 2019, se solicitó a los servidores públicos que ingresaron al nivel directivo de la Universidad de Caldas realizar el registro de ingreso en el aplicativo por la integridad pública.  Durante el periodo de enero a junio del 2025, han ingresado a la planta administrativa dos (2) funcionario del nivel directivo. Se anexa formato de conflicto de intereses institucional y aplicativo por la integridad.  Con el objetivo de brindar un mejor acceso a la información en el microsítio del código de integridad se encuentra publicado el banner de conflicto de intereses con enlace al instructivo y a la infografía sobre el tema.  <b>Link: <a href="https://www.ucaldas.edu.co/portal/gestion-humana-codigo-de-integridad/">https://www.ucaldas.edu.co/portal/gestion-humana-codigo-de-integridad/</a></b>	30/07/2025	En verificación realiza por auditoria interna de la oficina de Control Interno de Gestión se pudo constatar que en el periodo 2024 todos los funcionario públicos del nivel directivo contaban con el formato de conflicto de interés registrado en el SIGEP, no obstante esta actividad requiere actualización continua.
			2	Socializar con la comunidad universitaria el instructivo para declaración de conflicto de interés I-GH-935, dispuesto en el proceso de Gestión Humana	Circulares y correos electrónicos	Oficina de Gestión humana	Semestral	Socializar la estrategia de conflicto de interés en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Impacto Correctivo										100%				Se cuenta con porta para código de ética y se ha realizado capacitaciones y correos a fin de dar a conocer las directrices del instructivo para la declaración de conflicto de interés.

No.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO				CONTROLES						NIVEL DE RIESGO RESIDUAL				cumplimiento de las actividades de control	FECHA	SEGUIMIENTO LIDER PROCESO	FECHA	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTION	
	Proceso	Riesgo	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de riesgo inherente	Tratamiento	No. Control	Actividad de control	Soporte	Responsable	Tiempo	Desviación del control	Afectación	Tipo	Probabilidad Residual	Impacto Residual						Zona de Riesgo Residual
R9	Gestión Pensional	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de conceder una prestación económica pensional.	Possible	Mayor	Alta	Evitar	1	Se realiza revisión del CETIL verificando su correcta elaboración	Sistema de certificación electrónica de tiempos laborados CETIL	Profesional Especializado	Permanente	El Jefe de Gestión Humana revisa aleatoriamente el CETIL para verificar su correcta elaboración	Impacto	Correctivo	Possible	Moderado	Moderado	100%	24/07/2025	Al mes de julio del 2025, se ha venido realizando la revisión respectiva de cada CETIL verificando así su correcta elaboración. Es decir que se han implementado los controles y seguimientos correspondientes por lo que no se ha materializado el riesgo de corrupción	30/07/2025	A fin de prevenir la materialización del riesgo por manipulación indebida del CETIL para favorecer un funcionario se establecen controles de verificación desde tres instancia, quien registra, el Profesional Especializado de Pensiones y la Jefe de Gestión Humana.
			3	Se revisa el acto administrativo que está concediendo la prestación económica pensional.	Correo electrónico	Vicerrectoría Administrativa	Permanente	Trazabilidad del sistema SARA, registraduría y archivo central.	Impacto	Correctivo	Possible	Moderado	Moderado	100%	24/07/2025	Al mes de julio del 2025 - No se ha materializado el riesgo de corrupción ya que la Vicerrectora Administrativa ha efectuado los controles y seguimientos correspondientes a los actos administrativos proyectados que conceden las prestaciones económicas.	Se genera acto administrativo para el reconocimiento de la prestaciones del cual se guarda trazabilidad en el sistema de información SARAWEB, y puede ser constatado con los documentos del archivo central. Este control se realiza desde la Vicerrectoría Administrativa. A la fecha no se evidencia materialización del riesgo.					

Matriz de Calor Inherente

## Impacto

<b>Probabilidad</b>	Casi seguro					
	Probable			R4	R3	
	Posible			R5	R6 R7 R8 R9	R2
	Improbable					R1
	Rara vez					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico

<b>Extremo</b>	R1	Contratación	Posibilidad de faltar al principio de selección objetiva del contratista
	R2	Bienestar	Posibilidad de adjudicación de apoyos socioeconómicos a través del comité de matrículas con la presentación de documentación fraudulenta.
<b>Alto</b>	R3	Docencia	Posibilidad de realizar solicitud de reconocimiento por productividad académica en una misma modalidad en varias oportunidades por el mismo producto o similares.
	R4	Gestión humana	Posibilidad de uso y manejo inadecuado e indebido de datos personales e historias laborales de los servidores públicos.
<b>Moderado</b>	R5	Docencia	Posibilidad de asignación de cupos especiales durante los procesos de admisión con documentación fraudulenta presentada por los aspirantes.
	R6	Gestión Financiera	Posibilidad de omitir la verificación de requisitos para el uso de los recursos públicos y provocar su destinación de forma indebida en favor de un privado o tercero al momento de autorizar el CDP y el compromiso.
<b>Bajo</b>	R7	Control disciplinario	Posibilidad de tramitar las actuaciones o los procesos disciplinarios existiendo conflicto de intereses o causal de impedimento
	R8	Gestión Humana	Posibilidad de conflicto de intereses particular y directo que impacte en la toma de decisiones o cumplimiento de la misión institucional.
	R9	Gestión Pensional	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de conceder una prestación económica pensional.

Matriz de Calor Residual

**Impacto**

<b>Probabilidad</b>	Casi seguro					
	Probable		R4	R3		
	Posible		R5	R6 R7 R8 R9	R2	
	Improbable				R1	
	Rara vez					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico

<b>Extremo</b>	R1	Contratación	Posibilidad de faltar al principio de selección objetiva del contratista
	R2	Bienestar	Posibilidad de adjudicación de apoyos socioeconómicos a través del comité de matrículas con la presentación de documentación fraudulenta.
<b>Alto</b>	R3	Docencia	Posibilidad de realizar solicitud de reconocimiento por productividad académica en una misma modalidad en varias oportunidades por el mismo producto o similares.
	R4	Gestión humana	Posibilidad de uso y manejo inadecuado e indebido de datos personales e historias laborales de los servidores públicos.
<b>Moderado</b>	R5	Docencia	Posibilidad de asignación de cupos especiales durante los procesos de admisión con documentación fraudulenta presentada por los aspirantes.
	R6	Gestión Financiera	Posibilidad de omitir la verificación de requisitos para el uso de los recursos públicos y provocar su destinación de forma indebida en favor de un privado o tercero al momento de autorizar el CDP y el compromiso.
<b>Bajo</b>	R7	Control disciplinario	Posibilidad de tramitar las actuaciones o los procesos disciplinarios existiendo conflicto de intereses o causal de impedimento
	R8	Gestión Humana	Posibilidad de conflicto de interés particular y directo que impacte en la toma de decisiones o cumplimiento de la misión institucional.
	R9	Gestión Pensional	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de conceder una prestación económica pensional.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
RECOMENDACIONES FURAG VIGENCIA 2024

Entidad

354 UNIVERSIDAD DE CALDAS

NACION

Recomendaciones

122

Política	Recomendación	Índice
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Para el proceso de identificación de los riesgos de corrupción, es necesario considerar el impacto con un enfoque de derechos fundamentales.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Analizar la falta de segregación de funciones por restricciones de planta como una de las posibles causas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Analizar la discrecionalidad para la gestión de trámites y servicios (sin protocolos o procedimientos de atención) como una de las posibles causas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción los arqueos de caja adelantados por personal no idóneo y sin la autoridad requerida.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción lo referente a una gestión documental con fondos acumulados que no garantizan los registros y memoria institucional.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción lo referente a aquellos procesos con excesiva reserva que impida la transparencia.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Analizar las fallas en el apoyo jurídico interno que generan interpretación subjetiva de las normas o reglamentos como una de las posibles causas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de herramientas tecnológicas para la transmisión de datos e información entre procesos y a nivel externo.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Analizar la inexistencia de archivos contables como una de las posibles causas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Analizar la discrecionalidad para la toma de decisiones en grupos restringidos de servidores como una de las posibles causas de riesgos asociados a posibles actos de corrupción.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de publicación de los procesos precontractuales, contractuales o postcontractuales en Secop I y II.	POL15
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Formular, implementar y documentar planes de tratamiento, para fortalecer y mejorar los controles previamente identificados como moderados y débiles	POL15