INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO
OFICINA ASESORA DE EVALUACION Y CONTROL

INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN PRIMER CUATRIMESTRE 2024

WILLIAM ECHAVARRIA LOTERO
JEFE OFICINA ASESORA DE EVALUACION Y CONTROL

MEDELLIN
2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 3

OBJETIVO 5

METODOLOGÍA 5

SEGUIMIENTO A LA MATRÍZ DE RIESGOS 9

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 14

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS 15

VALORACIÓN DE RIESGOS 22

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 29

CONSIDERACIONES SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUOCIÓN Y SUS CAUSAS 41

ANÁLISIS DE LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS 42

CONSIDERACIONES SOBRE EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES 54

EVALUACIÓN DE RIESGOS ANTES Y DESPUÉS DE CONTROLES (INHERENTE Y RESIDUAL) 55

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES 58

INTRODUCCIÓN.

El Mapa de Riesgos de Corrupción es una herramienta fundamental para identificar, evaluar y priorizar los posibles riesgos de corrupción que puedan afectar a las instituciones. Durante el período comprendido entre el 01 de enero y 30 de abril de 2024, se realizaron análisis detallados para detectar cualquier vulnerabilidad en los procesos y procedimientos internos que pudieran propiciar actos de corrupción.

Además del seguimiento del Mapa de Riesgos, se implementaron medidas proactivas para mitigar y prevenir los riesgos identificados. Esto incluyó la revisión de procedimientos, así como la capacitación continua del personal en materia de ética y cumplimiento normativo.

La Oficina Asesora de Evaluación y Control, adscrita a la Institución Universitaria Pascual Bravo, en ejercicio de sus competencias legales, presenta el informe de seguimiento al mapa de riesgos de corrupción correspondiente al primer cuatrimestre de 2024.

Este informe se fundamenta en diversas normas y disposiciones legales que establecen la importancia de la gestión del riesgo y la lucha contra la corrupción en las entidades públicas:

a) Literal d) del artículo 12 de la Ley 87 del 29 de noviembre de 1993, que señala la necesidad de verificar que los controles asociados con todas las actividades de la organización estén adecuadamente definidos y se mejoren continuamente.

b) El artículo 73 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, que exige a todas las entidades elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, incluyendo la elaboración de un mapa de riesgos de corrupción y medidas concretas para mitigarlos.

c) La Ley 1712 de 2014, conocida como la Ley de Transparencia y del Derecho

de Acceso a la Información Pública Nacional, que promueve la transparencia y el acceso a la información pública.

d) La Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en octubre de 2018, que establece la necesidad de realizar un seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción.

e) La Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5 de 2020, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

f) El Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, que incluye el componente de "Gestión del Riesgos" dentro del Control Interno, como parte de la séptima dimensión del MIPG.

g) El artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, que define los roles que deben desempeñar las Unidades u Oficinas de Control Interno en relación con la gestión del riesgo.

h) La Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2, que define el componente de "Gestión del riesgo de corrupción" y la importancia del mapa de riesgos de corrupción como herramienta para identificar, analizar y controlar posibles actos de corrupción.

i) El Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, que destaca la importancia de evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos.

j) El Acuerdo 005 del 20 de febrero de 2020, por medio del cual se adopta la Política de Administración de Riesgos para la Institución Universitaria Pascual Bravo, que establece la periodicidad de seguimiento cuatrimestral

por parte de la Oficina Asesora de Evaluación y Control, conforme a las disposiciones establecidas por entidades gubernamentales y de transparencia.

Como resultado de estas acciones, se pudo constatar la efectividad de los controles establecidos para prevenir y detectar posibles actos de corrupción. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora que serán abordadas en futuros ciclos de seguimiento.

En resumen, el seguimiento y gestión del Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional durante el primer cuatrimestre del año 2024 demuestra el compromiso de la Institución Universitaria Pascual Bravo con la prevención y lucha contra la corrupción, así como la integridad en todas sus actividades reflejada en el cumplimiento de las normas y disposiciones legales vigentes en materia de gestión del riesgo y transparencia Institucional.

OBJETIVO.

Realizar el seguimiento del Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional durante el primer cuatrimestre del año 2024, con el objetivo de garantizar su adecuada gestión y tratamiento. Este seguimiento tiene como finalidad verificar la efectividad de los controles establecidos para prevenir y mitigar los riesgos identificados en los mapas. Además, se busca identificar posibles nuevas amenazas y vulnerabilidades, así como proponer acciones correctivas y preventivas para fortalecer el Sistema de Control Interno de la Institución.

METODOLOGÍA.

A través del comunicado interno 2024000309, emitido el 29 de abril de 2024, la Oficina Asesora de Evaluación y Control solicita a la Dirección Técnica de Planeación y Aseguramiento de la Calidad información relevante para llevar a cabo el seguimiento correspondiente al mapa de riesgos de corrupción. En dicha comunicación se requiere que se evidencie la adecuada identificación de los riesgos

de corrupción y sus causas, así como el diseño e implementación de los controles respectivos para su tratamiento y valoración durante el primer cuatrimestre de 2024.

De la información proporcionada por la Dirección Técnica de Planeación y Aseguramiento de la Calidad, se espera se incluya un análisis detallado de los riesgos identificados, indicando las áreas específicas de la Institución Universitaria Pascual Bravo que podrían verse afectadas por actos de corrupción. Asimismo, se solicita que se describan los controles existentes o propuestos para mitigar estos riesgos, detallando su alcance y efectividad esperada.

Este proceso de seguimiento es fundamental para garantizar la eficacia de las medidas preventivas y correctivas implementadas por la Institución en materia de prevención de la corrupción para el periodo señalado. Además, permitirá identificar oportunidades de mejora en el Sistema de Control Interno y fortalecer la cultura organizacional de transparencia y ética en la Institución Universitaria Pascual Bravo.

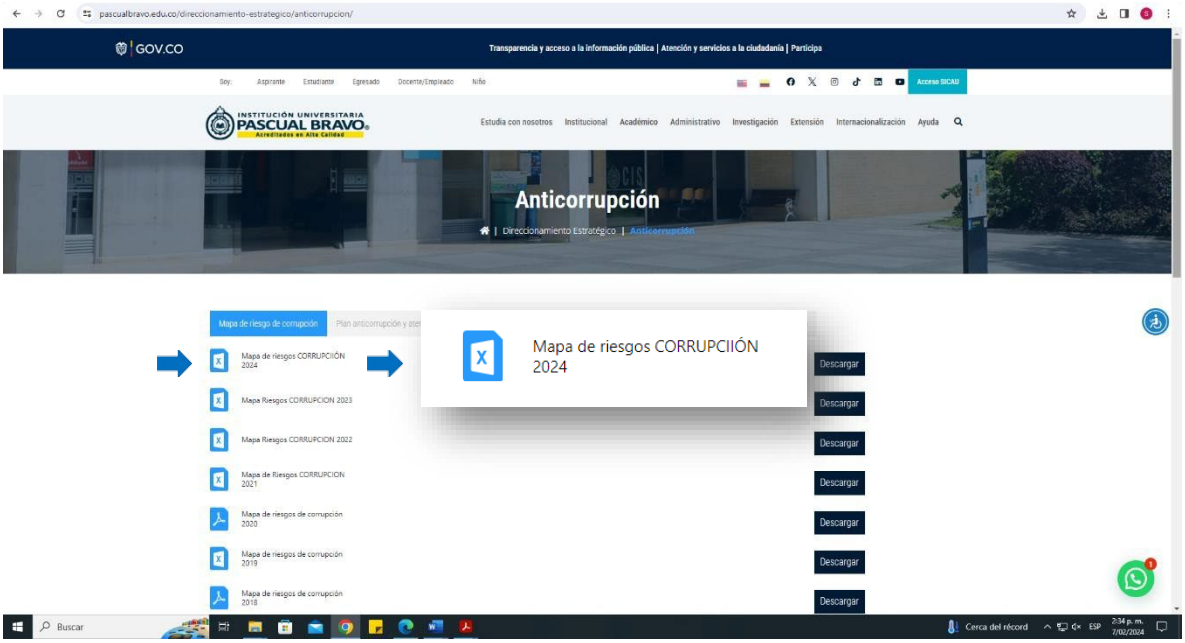
SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE CORUPCIÓN.

Por medio del comunicado interno 2024000330, fechado el 07 de mayo de 2024, la Dirección Técnica de Planeación y Aseguramiento de la Calidad ofrece respuesta a la solicitud de información previamente requerida, con fecha de corte al 30 de abril de 2024.

Tras un detenido análisis de la documentación recibida y una exhaustiva revisión de los Mapas de Riesgos de Corrupción de los diferentes procesos Institucionales, se concluye que el mapa de riesgos de corrupción de la Institución Universitaria Pascual Bravo permanece inalterado. Esta constancia se debe a la idoneidad de los seguimientos y ajustes realizados en cada periodo vigente.

Es relevante resaltar como prácticas ejemplares dentro de la Institución la divulgación de dichos Riesgos de Corrupción en el sitio web oficial de la entidad, en conformidad con lo establecido por el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015,

en la sección dedicada a la transparencia y acceso a la información pública.



Fuente: https://pascualbravo.edu.co/direccionamiento-estrategico/anticorrupcion/

Acciones como estas demuestran el compromiso de la Institución con la transparencia y el acceso a la información por parte de la ciudadanía.

Asimismo, se aplaude y reconoce la efectividad de los controles implementados en este ámbito, lo cual se refleja en la ausencia de materialización de riesgos de corrupción en el interior de la Institución. Esto es un indicador positivo del compromiso con la integridad y transparencia en todas sus actividades.

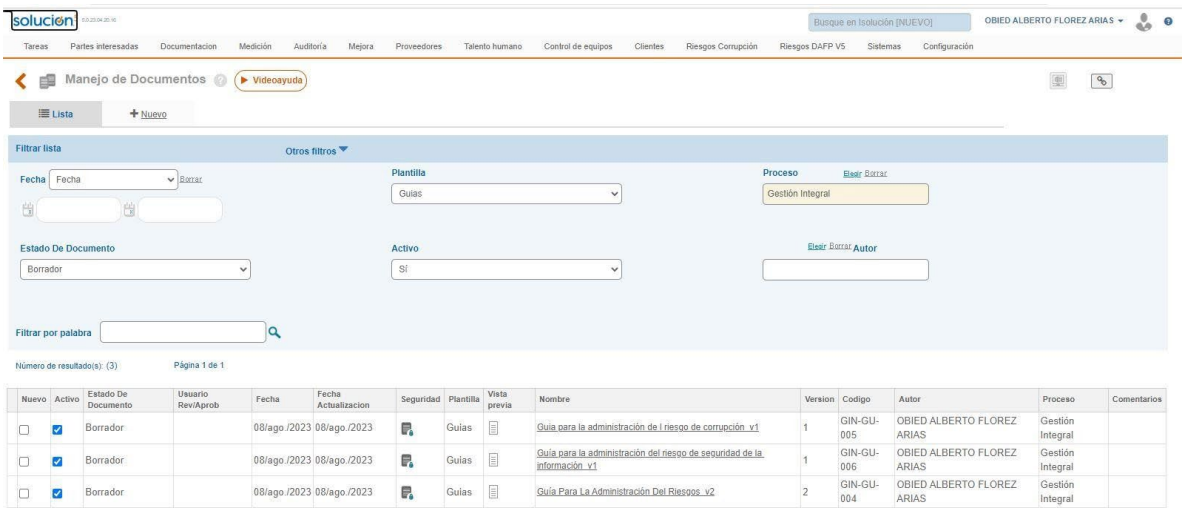
Es importante continuar manteniendo y fortaleciendo estas prácticas para garantizar la prevención y detección oportuna de posibles actos de corrupción, así como para fomentar una cultura organizacional basada en la ética al interior de la Institución Universitaria Pascual Bravo.

INFORME DE LEY	Código: EIM-FR-28
	Versión: 02
	Página: 1 de 3

En relación con la implementación de la nueva *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Versión 5 de diciembre de 2020*, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se informa que la política de riesgos ha sido elaborada de acuerdo con estas nuevas directrices y su correspondiente actualización se encuentra pendiente de aprobación mediante el respectivo proyecto de acuerdo.

Además, se han elaborado guías específicas para cada tipo de riesgo, las cuales han sido cargadas como borradores en la plataforma Isolución. Es importante destacar que estas guías no estarán disponibles para los usuarios hasta que la política de riesgos sea aprobada de manera oficial.

Esta actualización de la política de riesgos y la preparación de las guías específicas representan un avance significativo en el fortalecimiento de la gestión de riesgos en la Institución Universitaria Pascual Bravo, alineándola con las últimas mejores prácticas y normativas en la materia.



Fuente: https://isolucion.pascualbravo.edu.co:12443/Isolucion/Documentacion/frmListadoMaestroDocumentos.aspx

Elaboró: Contratistas de apoyo de la Oficina Asesora de Evaluación y Control	**Revisó:** Alberto Flórez Arias/Contratista de Apoyo	**Aprobó:** William Echavarría Lotero/ Jefe Oficina Asesora de Evaluación y Control
Fecha: 27/01/2022	**Fecha:** 27/01/2022	**Fecha:** 27/01/2022

En cumplimiento de sus funciones reglamentarias, la Oficina Asesora de Evaluación y Control de la Institución Universitaria Pascual Bravo lleva a cabo la verificación de los siguientes procesos institucionales:

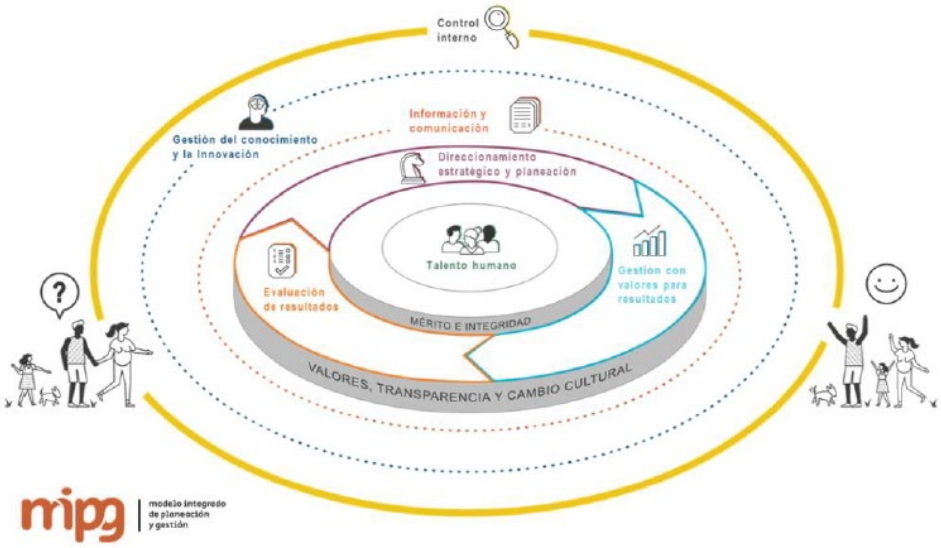
1. Direccionamiento estratégico,
2. Docencia,
3. Internacionalización,
4. Tecnología e Innovación,
5. Gestión de Laboratorios,
6. Gestión de Recursos Físicos,
7. Gestión de TIC,
8. Gestión Documental,
9. Gestión de Atención al Usuario,
10. Gestión Talento Humano,
11. Gestión Financiera, y
12. Gestión Jurídica.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el seguimiento:

SEGUIMIENTO A LA MATRÍZ DE RIESGOS.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) constituye un marco de referencia para dirigir, planificar, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de entidades y organismos públicos. Su propósito es generar resultados que respondan a los planes de desarrollo y satisfagan las necesidades de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio (Manual Operativo MIPG, 2019, p. 6).

El MIPG se estructura en torno a siete dimensiones fundamentales: talento humano, direccionamiento estratégico, gestión con valores para el resultado, evaluación de resultados, información y comunicación, gestión del conocimiento y la innovación, y control interno. Estas dimensiones agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional. Su implementación de manera articulada e interrelacionada permite que el modelo funcione y opere adecuadamente.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

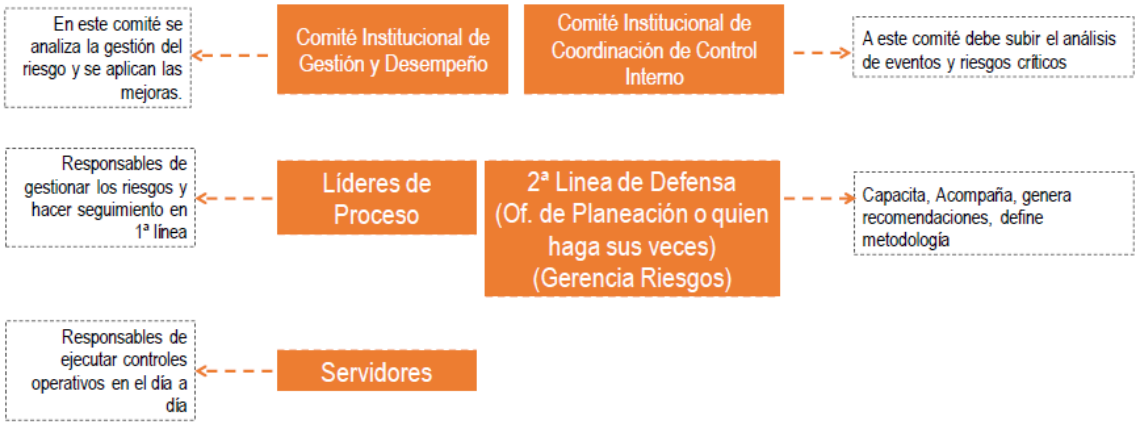
El numeral 2.2.1 de la dimensión ***"Direccionamiento estratégico y planeación"*** del MIPG establece que, para identificar las prioridades de la entidad señaladas en los planes de desarrollo nacionales y territoriales, es fundamental formular metas de largo plazo que sean tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades a abordar. Se debe evitar el uso de proposiciones genéricas que no puedan cuantificarse, y es necesario definir los posibles riesgos asociados al cumplimiento de dichas prioridades.

Este enfoque implica que la identificación y valoración de riesgos se integren en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de estos a través de la toma de decisiones en los procesos cotidianos. Este proceso se lleva a cabo en todos los niveles de la organización, lo que significa que **cada entidad, según su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, políticas de operación y sistemas de información, contará con los insumos necesarios para aplicar la metodología propuesta para la gestión del riesgo.**

Además, en esta dimensión se destaca la importancia de documentar el ejercicio de planeación, describiendo tanto la parte conceptual u orientación estratégica como la parte operativa. En esta última, se deben detallar los objetivos, metas y resultados esperados, las trayectorias de implementación o cursos de acción a seguir, los cronogramas, los responsables, los indicadores para monitorear y evaluar el cumplimiento, **los riesgos que pueden afectar dicho cumplimiento y los controles para mitigar esos riesgos.**

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) establece la creación, en todas las entidades, de dos comités fundamentales para su operación articulada: el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017, y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado por el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017. En este contexto, para garantizar una gestión adecuada del riesgo, estos comités funcionan de la siguiente manera:

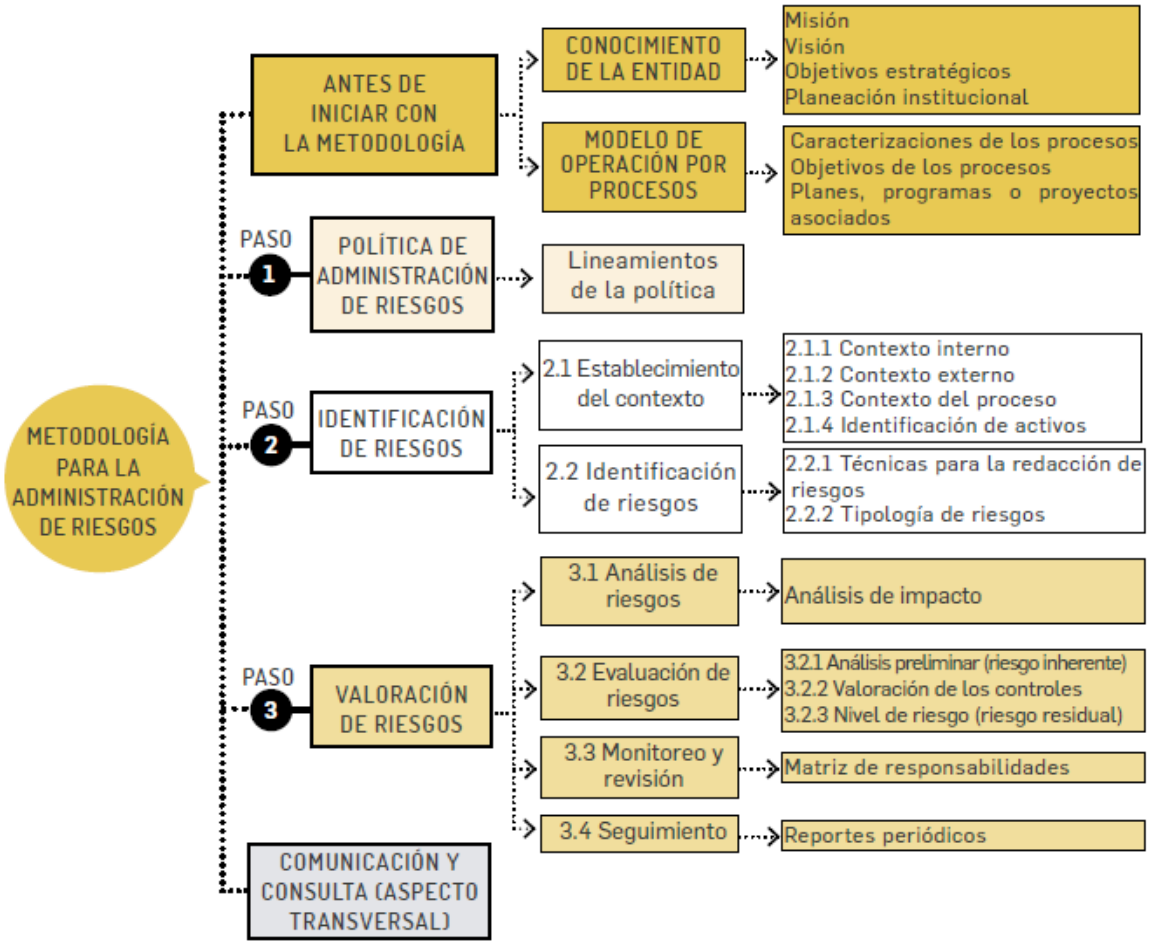


Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

La gestión del riesgo es un proceso que involucra a la alta dirección y a todo el personal de la entidad, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al logro de los objetivos. Entre los principales beneficios que esta gestión ofrece a la entidad se encuentran: *1) Apoyo en la toma de decisiones, 2) Garantía de la operación normal de la organización, 3) Minimización de la probabilidad e impacto de los riesgos, 4) Mejora en la calidad de los procesos y servicios, 5) Fortalecimiento de la cultura de control en la organización, 6)* Incremento *de la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos, 7) Dotación de herramientas y controles para una administración más eficaz y eficiente.*

La metodología para la administración del riesgo requiere un análisis inicial del estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad. Es fundamental

comprenderla desde un punto de vista estratégico y seguir tres pasos básicos para su desarrollo. Además, es necesario definir e implementar estrategias de comunicación que abarquen toda la entidad para evidenciar su efectividad. A continuación, se presenta la estructura completa con sus desarrollos básicos:



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

PASO 1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

¿QUÉ ES?

Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo (NTC ISO31000 Numeral 2.4). La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

¿QUIÉN LA ESTABLECE?

- La Alta Dirección de la entidad
- Con el liderazgo del representante legal
- Con la participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

¿QUÉ SE DEBE TENER EN CUENTA?

- Objetivos estratégicos de la entidad
- Niveles de responsabilidad frente al manejo de riesgos
- Mecanismos de comunicación utilizados para dar a conocer la política de riesgos en todos los niveles de la entidad

¿QUÉ DEBE CONTENER?

Objetivo:	Se debe establecer su alineación con los objetivos estratégicos de la entidad y gestionar los riesgos a un nivel aceptable.
Alcance:	La administración de riesgos debe ser extensible y aplicable a todos los procesos de la entidad. En el caso de los riesgos de seguridad digital, estos se deben gestionar de acuerdo con los criterios diferenciales descritos en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (ver caja de herramientas)
Niveles de aceptación al riesgo:	Decisión informada de tomar un riesgo particular (NTC GTC137, Numeral 3.7.1.6). Para riesgo de corrupción es inaceptable.
Niveles para calificar el impacto:	Esta tabla de análisis variará de acuerdo con la complejidad de cada entidad, será necesario coniderar el sector al que pertenece (riesgo de la operación, los recursos humanos y físicos con los que cuenta, su capacidad financiera, usuarios a los que atiende, entre otros aspectos).
Tratamiento de riesgos:	Proceso para modificar el riesgo (NTC GTC137, Numeral 3.8.1.).
Periodicidad para el seguimiento de acuerdo con el nivel de riesgo residual.	

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

La política de gestión de riesgos puede presentarse en forma de manual o guía que debe abordar los siguientes aspectos:

OBJETIVO
Establece los principios básicos y el marco general de actuación para controlar y gestionar los riesgos a los que se enfrenta la entidad.
ALCANCE
Define el ámbito de aplicación de los lineamientos, que debe incluir todos los procesos de la entidad, así como sus seccionales o sedes en diferentes ubicaciones geográficas, garantizando un adecuado conocimiento y control de los riesgos en todos los niveles organizacionales.
NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO
Define los niveles aceptables de desviación con respecto a la consecución de los objetivos, asociados a la estrategia de la entidad y aplicables a cada uno de los procesos. Se establece que los riesgos de corrupción son inaceptables.
TÉRMINOS Y DEFINICIONES
Incluye términos relacionados con la gestión de riesgos y aquellos relevantes para que todos los funcionarios comprendan el contenido y la aplicación del manual o guía.
ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO
Determina los siguientes aspectos: 1) Metodología a utilizar, 2) Explicación del manejo de software o herramientas dispuestas por la entidad para el desarrollo de la gestión del riesgo, 3) Aspectos relevantes sobre los factores de riesgo estratégicos para la entidad, para que todos los procesos inicien los análisis para establecer el contexto, 4) Lineamientos necesarios en cada paso de la metodología para que todos los procesos puedan iniciar los análisis correspondientes, 5) Periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos, así como el seguimiento de los riesgos de corrupción, 6) Niveles de riesgo aceptados para la entidad y su forma de manejo, 7) Tabla de impactos institucional para calificar el impacto o consecuencias, 8) Otros aspectos que la entidad considere necesarios, con el fin de proporcionar orientaciones claras y precisas para todos los funcionarios, asegurando que la gestión del riesgo sea efectiva y esté alineada con la estrategia de la entidad.

PASO 2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

En esta etapa se busca identificar los riesgos que puedan estar dentro o fuera del control de la organización. Para lograrlo, es importante considerar el contexto estratégico en el que opera la entidad, así como caracterizar cada proceso en términos de sus objetivos y alcances.

También se debe realizar un análisis de los factores internos y externos que podrían generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

La entidad debe analizar sus objetivos estratégicos y asegurarse de que estén alineados con la misión y visión institucionales, así como con los objetivos de los procesos. Es necesario revisar que estos objetivos estén adecuadamente formulados, es decir, que cumplan con ciertos atributos mínimos. Para esto, puede ser útil aplicar la estructura SMART, que se explica a continuación:

S ***Specific* (específico):** Lo importante es resolver cuestiones como: qué, cuándo, cómo, dónde, con qué, quién. Considerar el orden y los necesarios para el cumplimiento de la misión.

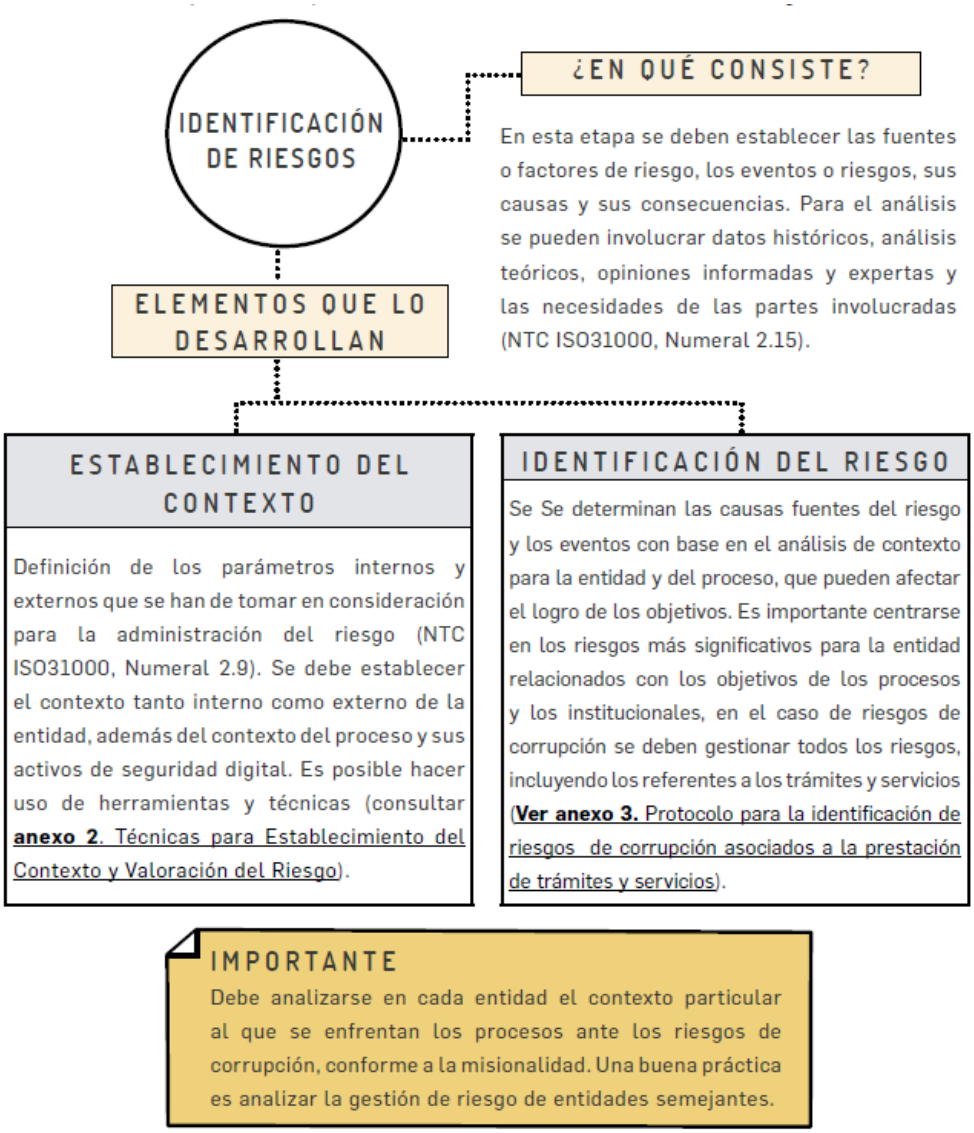
M ***Mensurable* (medible):** Para ello es necesario involucrar algunos números en su definición, por ejemplo, porcentajes o cantidades exactas (cuando aplique).

A ***Achievable* (alcanzable);** Para hacer alcanzable un objetivo se necesita un previo análisis de lo que se ha hecho y logrado hasta el momento. Esto ayudará a saber si lo que se propone es posible o cómo resultaría mejor.

R ***Relevant* (relevante):** Considerar recursos, factores externos e información de actividades previas, a fin de contar con elementos de juicio para su determinación.

T ***Timely* (temporal):** Establecer un tiempo al objetivo ayudará a saber si lo que se está haciendo es lo óptimo para llegar a la meta, así mismo permite determinar el cumplimiento y mediciones finales.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE RIESGO

Se refiere a las actividades dentro del flujo del proceso donde se detecta evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo. Estos puntos deben ser controlados adecuadamente para garantizar que el proceso cumpla con su objetivo.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE IMPACTO

El área de impacto se refiere a las consecuencias económicas o reputacionales a las que se expone la organización en caso de que un riesgo se materialice. Los impactos considerados son la afectación económica o presupuestal, así como la afectación reputacional.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE FACTORES DE RIESGO

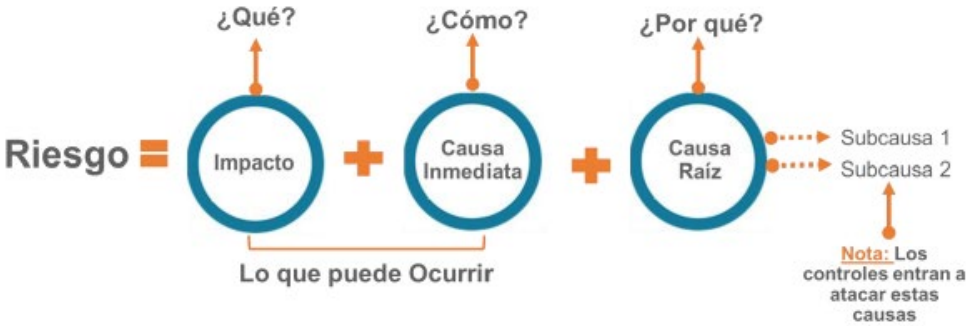
Se refiere a las fuentes generadoras de riesgos. A continuación, se presenta un listado con ejemplos de factores de riesgo que una entidad puede tener:

Factor	Definición		Descripción
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.		Falta de procedimientos
			Errores de grabación, autorización
			Errores en cálculos para pagos internos y externos
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal
Talento humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.		Hurto activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados
			Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes
			Errores en programas
Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad.		Derrumbes
			Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos
Evento externo	Situaciones externas que afectan la entidad.		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, vandalismo, orden público

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Debe incluir todos los detalles necesarios para que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al mismo. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad, que inicia con la frase *"posibilidad de"*, seguida del análisis de los siguientes aspectos:



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

IMPACTO

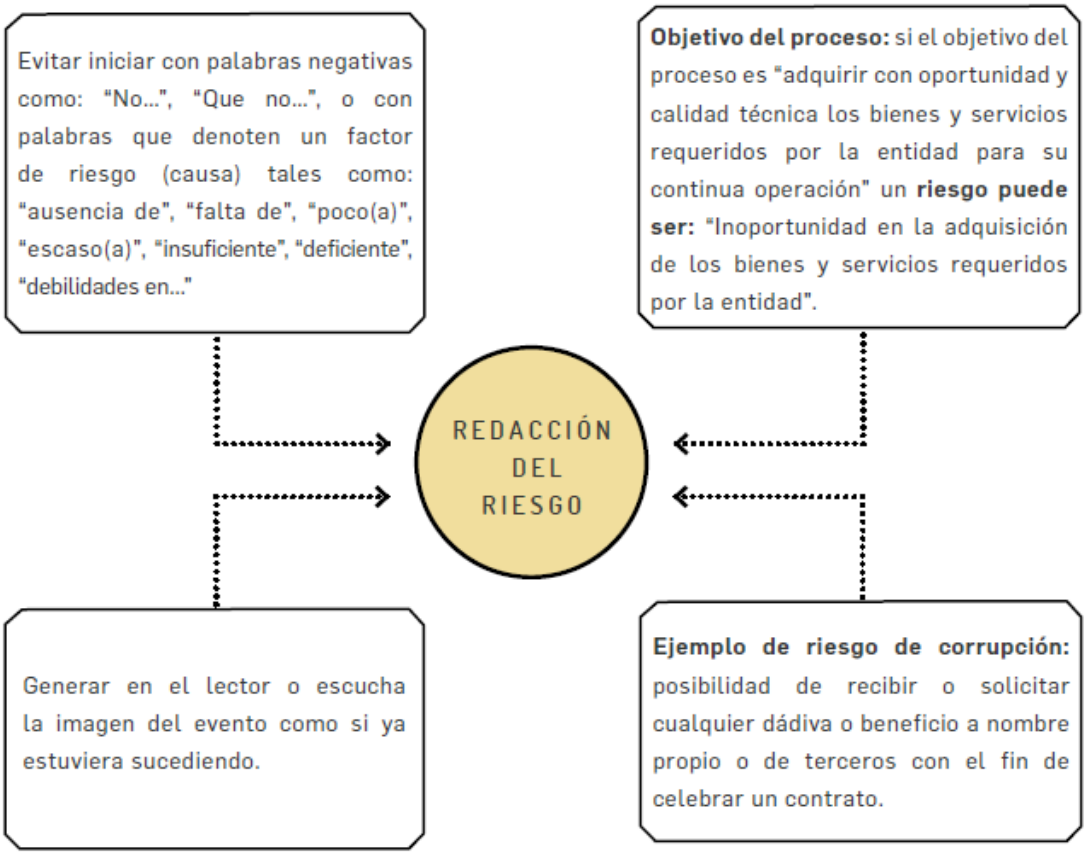
Consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo

CAUSA INMEDIATA

Circunstancias evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

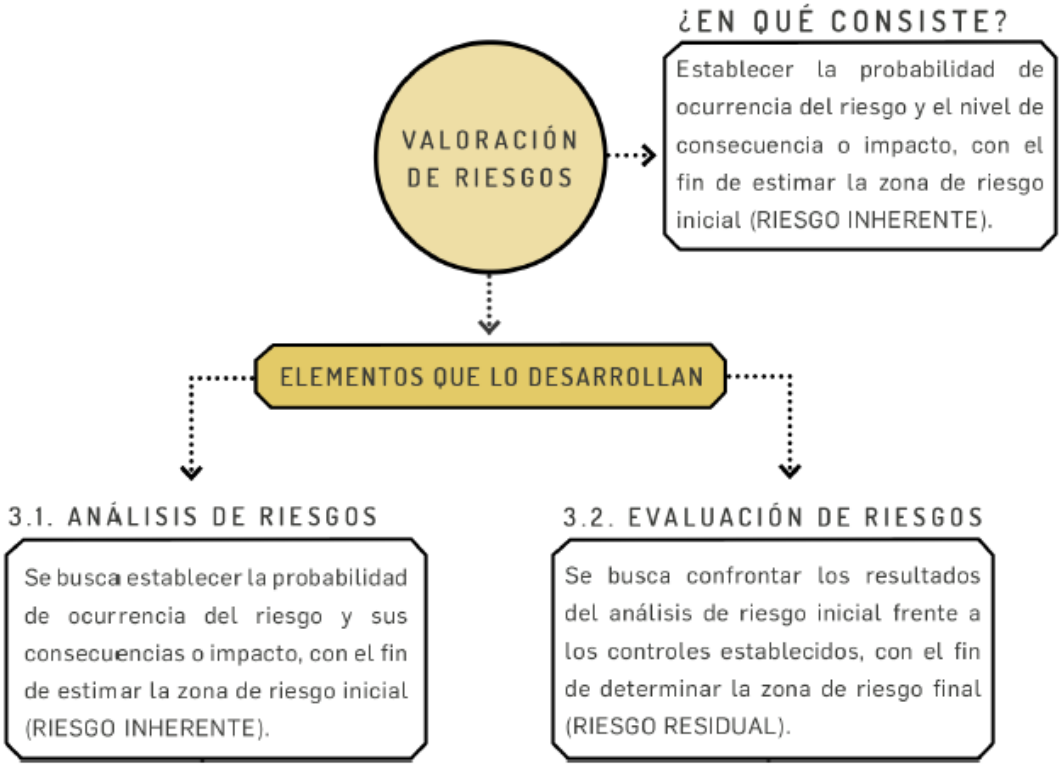
CAUSA RAÍZ

Es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que pueden ser analizadas.



Fuente: Guía para la *Administración* del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

PASO 3. VALORACIÓN DE RIESGOS.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

ANÁLISIS DE RIESGOS

Determina la probabilidad de que ocurra el riesgo y evaluar sus posibles consecuencias o impacto, con el objetivo de estimar la magnitud del riesgo inicial **(riesgo inherente):**

a. Determinar la probabilidad: posibilidad de ocurrencia del riesgo (frecuencia, factibilidad).

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

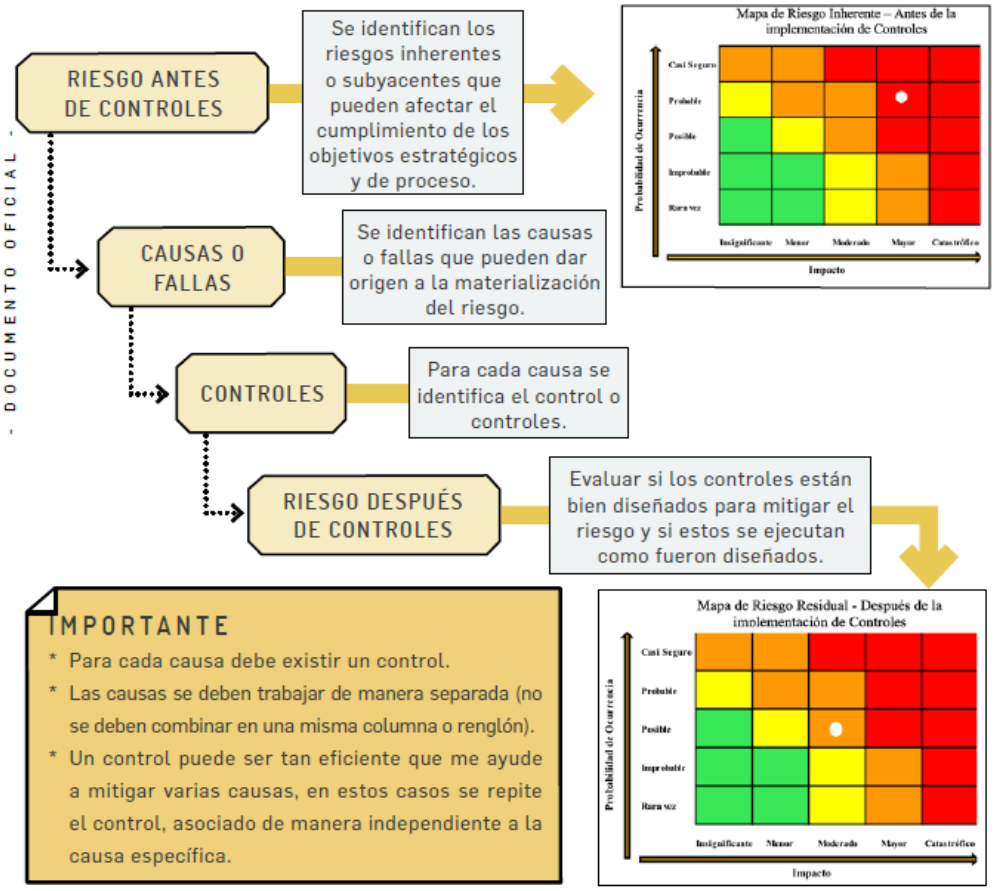
Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

b. Determinar el impacto o consecuencias (impacto económico y reputacional).

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

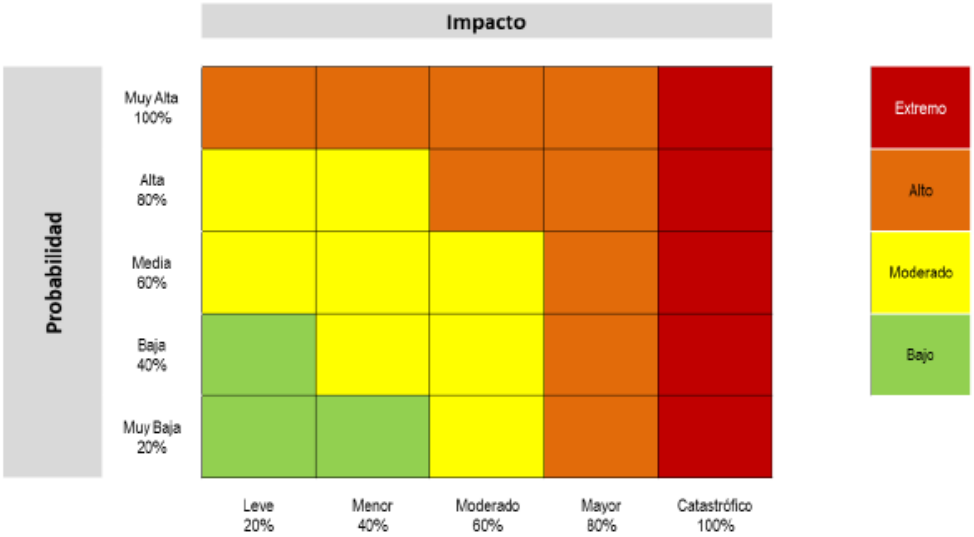
Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

c. Evaluación del riesgo:



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

1. Riesgo inherente: mediante el análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se pretende establecer la magnitud del riesgo inicial.



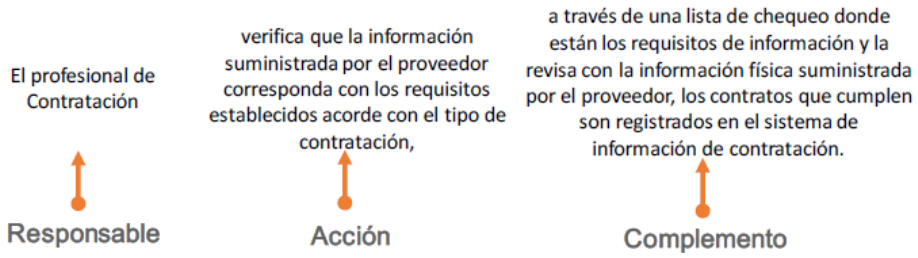
Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

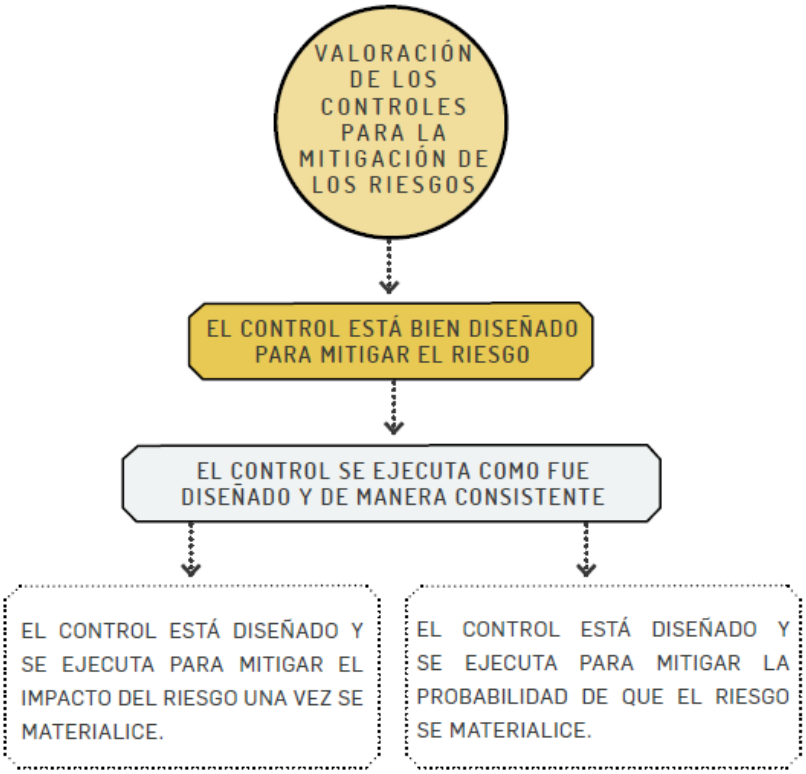
2. Valoración de controles: un control se considera como una medida que contribuye a reducir o mitigar el riesgo. Para evaluar los controles, es importante tener en cuenta lo siguiente:

3. Responsable de la ejecución del control: se identifica el cargo del servidor encargado de ejecutar el control. En el caso de controles automáticos, se especifica el sistema que realiza la actividad.

4. Acción: se describe con verbos que indican la acción que debe realizarse como parte del control.

5. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.





Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

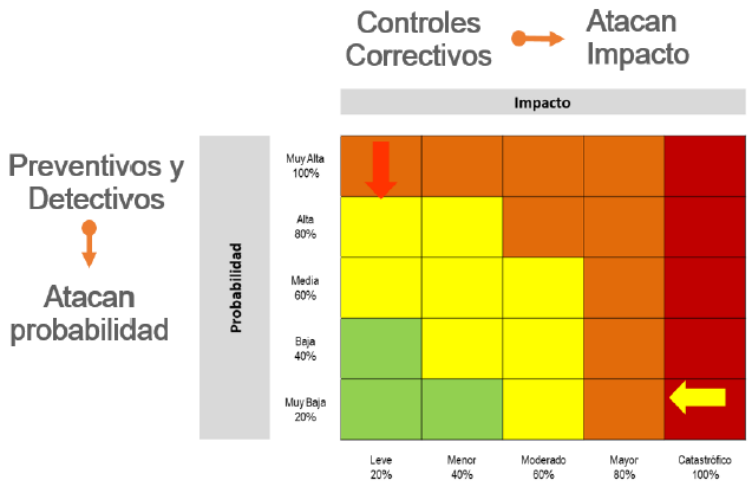
Control preventivo: se activa al inicio del proceso y antes de que se realice la actividad que genera el riesgo, con el objetivo de establecer condiciones que aseguren el resultado final esperado.

Control detectivo: se activa durante la ejecución del proceso. Estos controles identifican el riesgo, pero pueden resultar en reprocesos.

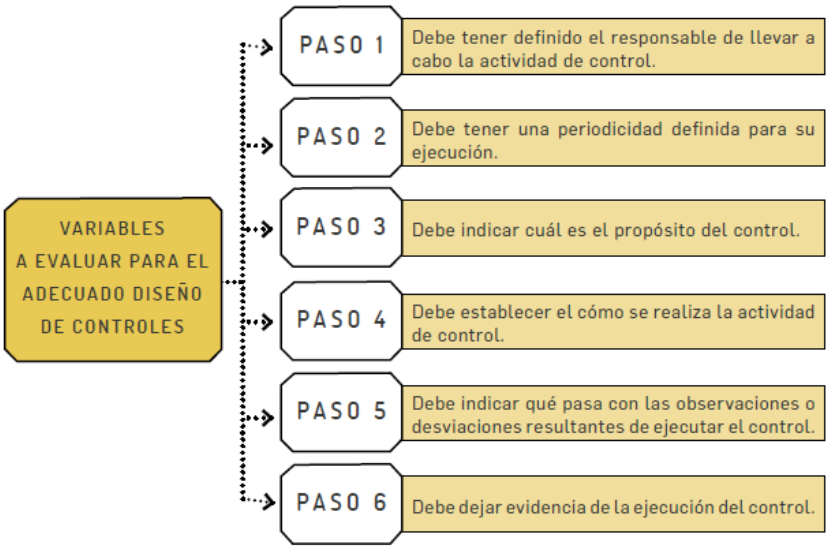
Control correctivo: se activa al finalizar el proceso y después de que se ha materializado el riesgo. Estos controles conllevan costos adicionales.

Control manual: aquellos que son llevados a cabo por personas.

Control automático: aquellos que son realizados por un sistema.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.

Considerando lo expuesto en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública en sus versiones No. 4 y 5 de 2018 y 2020 respectivamente, y en concordancia con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna sobre la gestión del riesgo, se debe evaluar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos de la organización, centrándose en los siguientes aspectos:

1. Logro de los objetivos estratégicos.
2. Fiabilidad e integridad de la información financiera y operativa.
3. Efectividad y eficiencia de las operaciones y programas.
4. Protección de los activos.
5. Cumplimiento de leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

En este contexto, en el seguimiento a los Mapas de Riesgos de Corrupción de la Institución Universitaria Pascual Bravo durante el primer cuatrimestre de 2024, siguiendo las directrices de la Guía mencionada y la Política de Administración de Riesgos adoptada por el Acuerdo Consejo Directivo 005 de 2020, se examinó la

identificación y valoración de los riesgos de gestión corrupción, así como sus controles y causas.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

La Guía para la Administración de Riesgos y Diseño de Controles de las Entidades Públicas define el riesgo de corrupción como la *"posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado"* (DAFP, 2018).

Es necesario que en la descripción del riesgo **concurran los componentes de su definición,** así:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO

Con el fin de facilitar la identificación de riesgos de corrupción y evitar que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y uno de corrupción, se sugiere la utilización de la **matriz de definición de riesgo de corrupción**, que incorpora cada uno de los componentes de su definición. Si en la descripción del riesgo las casillas son contestadas todas afirmativamente se trata de un riesgo de corrupción, así (DAFP, 2018):

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
-	x	x	x	x

Con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento de la disposición mencionada anteriormente, a continuación, se presenta la matriz de identificación de riesgos de corrupción de la Institución Universitaria Pascual Bravo. Esta matriz analiza si los riesgos cumplen o no con los diferentes componentes:

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de destinación de recursos de inversión a propósitos distintos a los planteados en el plan de desarrollo, debido a la deficiencia en el control de los recursos y a la manipulación de la información, con el fin de obtener u otorgar beneficios propios o particulares, generando sanciones por entes de control.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDE	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Direccionamiento Estratégico cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética de los funcionarios; coacción.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible tráfico de influencias en la selección de estudiantes o docentes debido a la falta de ética y honestidad por parte de funcionario responsable con el fin de obtener u otorgar beneficios propios o de terceros, generando afectación de imagen y credibilidad de la Institución.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDO	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Docencia cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética y honestidad del personal responsable, y decisiones ajustadas a intereses particulares.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible fraude en los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación por falta de ética y honestidad por parte de funcionario responsable con el fin de obtener u otorgar beneficios propios o de terceros generando afectación de imagen y credibilidad de la Institución.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDO	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Docencia cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética y honestidad del personal responsable, y decisiones ajustadas a intereses particulares.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible fraude académico de forma voluntaria o involuntaria por parte de cualquier miembro de la comunidad académica debido a la falta de ética y honestidad del personal responsable, que conduce a decisiones ajustadas a intereses y beneficios propios o de terceros generando afectación de imagen y credibilidad de la Institución; afectaciones institucionales de cualquier contexto y naturaleza y afectaciones a la calidad académica.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDO	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Docencia cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética y honestidad del personal responsable, y decisiones ajustadas a intereses particulares.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible manipulación, perdida, daño o eliminación intencional de archivos fuentes o información crítica o valiosa para los procesos de docencia en las distintas metodologías, debido a la falta de ética y honestidad del personal responsable y a decisiones ajustadas a intereses particulares o a un tercero generando afectación de imagen y credibilidad de la Institución, la activación de procesos disciplinarios, fiscales y penales y deficiencias en la calidad del servicio y la calidad académica.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDO	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Docencia cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética y honestidad del personal responsable, y decisiones ajustadas a intereses particulares.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de alteración de un requisito académico para favorecer la movilidad saliente de un estudiante. Falta de ética de los funcionarios responsable con el fin de obtener u otorgar beneficios propios o de terceros generando afectación de imagen y credibilidad de la Institución.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
INT	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Internacionalización cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética de los funcionarios.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de apropiación indebida de producción intelectual de la Institución Universitaria Pascual Bravo por tráfico de influencias, ausencia de valores éticos que afecten el patrimonio intelectual de la institución, y los derechos de creación de autores y creadores para beneficio propio y/o de terceros.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
INV	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Tecnología e Innovación cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Tráfico de influencias; ausencia de valores éticos.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de uso indebido de información privilegiada para favorecer a terceros en los procesos vinculados a la evaluación de proyectos de investigación, aprobación de informes y selección de pares evaluadores, debido a ausencia de valores éticos, generando Afectación de la confidencialidad de la información a nivel institucional.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
INV	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de Tecnología e Innovación cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Ausencia de valores éticos.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de malversación o uso indebido de los recursos de los talleres y laboratorios (equipos, infraestructura, insumos) por parte del personal administrativo o personal a cargo del taller o laboratorio, ocasionado por falta de ética, generando afectaciones económicas para la Institución, así como desabastecimiento de insumos, deterioro de herramientas y posibilidad de daño de equipos necesarios para la formación académica de estudiantes.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GLB	x	x	x	N/A
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión de laboratorios NO cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción, toda vez que el elemento de obtención de beneficio privado no se refleja en su descripción.				
CAUSAS				
Falta de ética de los usuarios de laboratorio.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de destinación inapropiada de los bienes que son reintegrados para dar de baja por parte de las diferentes áreas debido a la omisión de las políticas institucionales para el manejo de los bienes en beneficio propio o de terceros generando sanciones.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GRF	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión de recursos físicos cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Omisión de las políticas institucionales para el manejo de los bienes.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de efectuar pagos sin el lleno de los requisitos legales y omitir o retardar el pago de obligaciones legalmente contraídas, en beneficio propio o a cambio de una retribución económica por Falta de controles, extralimitación de funciones, omisión de las políticas operativas en beneficio propio o a cambio de una retribución económica, generando Impacto legal a nivel de investigación fiscal.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GFI	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión financiera cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Extralimitación de funciones; omisión de las políticas operativas; búsqueda de beneficios propios.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de realizar la instalación de software en equipos externo bajo licencia institucional para beneficio propio o de tercero debido a la falta de ética del personal del proceso afectando la credibilidad o imagen a nivel de todos los funcionarios.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GTIC	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión TIC cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética del personal.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de realizar modificación de las bases de datos institucionales ubicadas en los servidores locales para beneficio propio o de terceros debido a la Falta de ética del personal generando afectación en la credibilidad o imagen a nivel de región.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GTIC	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión TIC cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética del personal.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de acceder de forma ilegal o no autorizada a los servidores o sistemas de información institucionales para beneficio propio o de terceros debido a la falta de ética del personal generando afectación en la confidencialidad de la información a nivel de proceso.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GTIC	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión TIC cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética del personal.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de entregar o comercializar información institucional con fines de beneficio propio debido a la falta de ética del personal generando afectación de la confidencialidad de la información a nivel de proceso.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GTIC	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión TIC cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética del personal.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible manipulación indebida de la documentación en la recepción y manejo, debido a omisión de las políticas y procedimiento de gestión documental, para beneficio propio o de un tercero generando sanciones por entes de control.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GDC	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión documental cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Omisión de las políticas y procedimiento de gestión documental.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible manipulación de la información, falta de ética profesional por parte del servidor público para obtener un beneficio propio o de terceros generando sanciones, despidos, investigación disciplinaria, quejas y reclamos y perdida de la credibilidad o imagen.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GAU	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión de atención al usuario cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Falta de ética profesional por parte del servidor público.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posibilidad de influencia en la vinculación de personal a la Institución Universitaria Pascual Bravo por uso indebido del poder buscando el beneficio propio o de terceros, generando impacto legal a nivel de investigación disciplinaria.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GTH	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión de talento humano cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Uso indebido del poder.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible violación al régimen constitucional o legal de inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses debido al desconocimiento por parte de quienes intervienen en el proceso contractual y que por acción u omisión no se informe de las inhabilidades y conflicto de intereses del personal a su cargo para un beneficio propio o de un tercero, incurriendo en sanciones por entes de control.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GJ	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión jurídica cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Por acción u omisión no se informe de las inhabilidades y conflicto de intereses del personal a su cargo para un beneficio propio o de un tercero.				

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				
Descripción del riesgo: Posible Incumplimiento con las condiciones legales establecidas para los procesos contractuales o actuaciones no establecidas durante el cronograma de cada proceso debido a omisión de los procedimientos asociados a procesos contractuales buscando beneficios propios o de terceros generando sanciones por entes de control.				
Proceso	Acción u omisión	Uso del poder	Desviación gestión	Beneficio privado
GJ	x	x	x	x
Observaciones: La Oficina Asesora de Evaluación y Control evidencia que la descripción del riesgo del proceso de gestión jurídica cumple con los criterios establecidos por la norma para calificarlo como un riesgo de corrupción.				
CAUSAS				
Omisión de los procedimientos asociados a procesos contractuales.				

CONSIDERACIONES SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y SUS CAUSAS.

Después de un análisis minucioso de las matrices de riesgo previas, la Oficina Asesora de Evaluación y Control de la Institución Universitaria Pascual Bravo ha confirmado una adecuada identificación de los riesgos de corrupción. Este examen revela que se han tenido en cuenta los criterios y requisitos establecidos por la normativa para clasificar correctamente estos riesgos como tales. Además, en la descripción de los riesgos identificados se han integrado los elementos clave que definen la corrupción, tales como la acción u omisión, el abuso de poder, la desviación de la gestión de lo público y la búsqueda de beneficio privado.

Esta meticulosa inclusión de componentes esenciales en la identificación de riesgos proporciona una base sólida para abordar y mitigar efectivamente las posibles situaciones de corrupción dentro de la Institución.

En el mismo sentido, el estudio realizado también abarca la correcta identificación de las causas subyacentes de los riesgos de corrupción, reconociéndolas como factores determinantes en la materialización de los mismos. Este enfoque integral permite comprender no solo los riesgos en sí mismos, sino también los impulsores y las condiciones que los hacen posibles. Al identificar y comprender estas causas fundamentales, la Institución está mejor equipada para implementar medidas preventivas y correctivas efectivas que aborden las raíces del problema y fortalezcan sus defensas contra la corrupción.

Desde la Oficina Asesora de Evaluación y Control de la Institución Universitaria Pascual Bravo se reitera que la identificación adecuada de los riesgos de corrupción y sus causas es fundamental para fortalecer la integridad Institucional y promover una cultura de transparencia y ética. En este sentido, es importante destacar que la identificación de riesgos debe ser un proceso continuo y dinámico, que se adapte a los cambios en el entorno interno y externo de la Institución.

Además, es necesario considerar que la corrupción puede manifestarse de diversas formas y en diferentes niveles dentro de la Institución, por lo que la identificación de riesgos debe ser lo suficientemente amplia y detallada para abarcar todas las posibles áreas de vulnerabilidad.

Por otro lado, es fundamental involucrar a todos los niveles y áreas de la Institución en el proceso de identificación de riesgos, ya que cada uno puede tener una perspectiva única y valiosa sobre las posibles amenazas de corrupción a las que se enfrenta la Institución.

En resumen, una identificación adecuada de los riesgos de corrupción y sus causas requiere de un enfoque integral, participativo y continuo, que permita a la Institución anticiparse y prevenir eficazmente cualquier situación que pueda comprometer su integridad y reputación.

ANÁLISIS DE LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS.

Para llevar a cabo un análisis efectivo de los controles establecidos en la matriz de riesgos, la Oficina Asesora de Evaluación y Control de la Institución Universitaria Pascual Bravo ha constatado que los controles definidos en los mapas de riesgos de corrupción están correctamente diseñados y efectivamente mitigarían las causas que podrían materializar dichos riesgos.

Por consiguiente, es fundamental destacar las consideraciones necesarias al establecer los controles para garantizar que su diseño sea útil y conducente al abordar cualquier tipo de riesgo.

De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 4, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en octubre de 2018, se deben considerar las siguientes variables para un adecuado diseño de controles:

Efectividad: Los controles deben ser efectivos para mitigar el riesgo identificado. Deben ser capaces de prevenir, detectar o corregir las causas que podrían dar lugar a la corrupción.

Eficiencia: Los controles deben ser eficientes en términos de costos y recursos. Deben lograr el objetivo deseado sin incurrir en costos excesivos.

Relevancia: Los controles deben ser relevantes para el riesgo específico que se pretende mitigar. Deben estar alineados con las causas identificadas en la matriz de riesgos.

Consistencia: Los controles deben ser consistentes con las políticas y procedimientos establecidos por la Institución. Deben seguir los lineamientos internos y externos aplicables.

Adaptabilidad: Los controles deben ser adaptables a los cambios en el entorno interno y externo de la Institución. Deben poder ajustarse según sea necesario para mantener su efectividad.

Monitoreo y seguimiento: Los controles deben ser monitoreados de forma continua para asegurar su eficacia y realizar ajustes si es necesario. Deben ser parte de un proceso de mejora continua.

Responsabilidad y rendición de cuentas: Debe estar claro quién es responsable de implementar y mantener cada control, así como quién debe rendir cuentas en caso de fallos en el control.

Transparencia y comunicación: Los controles deben ser transparentes y comunicados de manera efectiva a todos los involucrados. Deben entenderse claramente para asegurar su correcta implementación y seguimiento.

Al considerar estas variables, la Institución Universitaria Pascual Bravo podrá

asegurar que los controles establecidos en su matriz de riesgos de corrupción sean efectivos y contribuyan a fortalecer su integridad institucional.

CONTROL "X"		
	PROPÓSITO	Objetivo del control
	RESPONSABLE	Definir quién lleva a cabo la actividad de control
	PERIODICIDAD	Frecuencia en la ejecución del control
	APLICACIÓN	Establecer la forma de ejecución del control
	DESVIACIÓN	Observaciones de la ejecución del control
	EVIDENCIA	Pruebas de la aplicación del control

GDE

Causa: Falta de ética de los funcionarios; coacción.
Control existente: 1) Control a la viabilidad presupuestal de los recursos de los proyectos de inversión; 2) Expedición del certificado de viabilidad presupuestal y el certificado de registro presupuestal.
Propósito: Verificar y validar la disponibilidad de los recursos programados en las actividades de los proyectos de inversión que se encuentran en ejecución con el fin de materializar los objetivos y las metas de los indicadores del Plan de Desarrollo.
Responsable: Dirección Técnica de Planeación y Aseguramiento de la Calidad.
Periodicidad: Permanente.
Aplicación: 1) Solicitada la viabilidad presupuestal se valida que la actividad tenga el recurso disponible, si lo tiene se genera la respectiva viabilidad, de lo contrario se devuelve con las respectivas observaciones; 2) Se realiza la solicitud al área financiera de la disponibilidad de recurso en el aplicativo. El área solicitante realiza las actividades correspondientes y envía al área financiera los documentos necesarios según el caso. Luego de validados los soportes se genera el registro presupuestal.
Desviación: Cuando se encuentra inconsistencias se solicita al área solicitante los ajustes necesarios.
Evidencia: 1) Seguimiento en ficha en Excel y viabilidades presupuestales; 2) Viabilidades expedidas.

GDO

Causa: Falta de ética del personal responsable; decisiones ajustadas a intereses particulares.
Control existente: 1) La elaboración colegiada de las fases previas de convocatorias, concursos y procesos teniendo como referente los criterios: mérito; libre concurrencia; igualdad para el ingreso; publicidad; garantía de imparcialidad, confiabilidad, eficacia y eficiencia; 2) Promoción y publicación a través de distintos canales y medios institucionales, las distintas convocatorias, inscripciones, concursos, becas, procesos de admisión entre otros, que son generados por la gestión de la docencia, los cuales deben incluir la normatividad aplicable; cronogramas; fases; etapas, responsables y procedimientos asociados; 3) Mediante auditorias aleatorias se debe verificar el cumplimiento de los distintos criterios, requisitos, normatividad aplicable; cronogramas; fases; etapas, responsables y procedimientos asociados y actuaciones de los participantes en convocatorias, concursos y procesos de la gestión de docencia.
Propósito: Verificar y validar la aplicación de los principios de transparencia; economía; selección objetiva; buena fe; publicidad; igualdad; concurrencia; planeación y previsibilidad en convocatoria, concursos y procesos asociados al proceso de docencia.
Responsable: 1) y 3) Jefes de Departamento / Profesional Especializado en Admisiones y Registro / Dirección de Gestión Humana; 2) Decanos de Facultad / Dirección de Comunicaciones / Dirección de Gestión Humana.
Periodicidad: Semestral.
Aplicación: 1) A partir de la articulación colaborativa entre órganos de gobierno y dependencias institucionales involucradas en convocatorias, concursos y procesos de selección, se evidencie la aplicación de criterios de mérito; libre concurrencia; igualdad para el ingreso; publicidad; garantía de imparcialidad, confiabilidad, eficacia y eficiencia y que sean debidamente documentados y socializados en sus fases de cronogramas, protocolos y actuaciones; 2) Cada convocatoria, concurso y proceso, a cargo del proceso de docencia, debe contener una estrategia de comunicación y de información donde ampliamente se comuniquen cronogramas, protocolos, actuaciones al público objetivo; 3) Verificando mediante la aplicación de instrumentos, indicadores y reportes, la actuación de los participantes en distintas fases o etapas de las convocatorias, concursos y procesos, las cuales deben estar debidamente sistematizadas o con evidencia documental.
Desviación: Que las fuentes de información, métodos de análisis y sistematización de la información no cumplan criterios de suficiencia, oportunidad y veracidad.
Evidencia: 1) Matriz de perfil para la selección de docentes VS Reportes de trazabilidad SICAU - (Evidencia que se encuentra disponible para verificar en auditorias en tiempo real en SICAU); 2) Calendario Académico; reportes SICAU: Inscritos; Resultados Pruebas de Admisión y Selección de Estudiantes y Reporte de Estudiantes Admitidos; 3) Requisitos de Selección de Estudiantes y Docentes; Registro de Cargue de Información en SICAU; Revisión por parte de Funcionario que Revisa y Aprueba Documentos - (Evidencia que se encuentra disponible para verificar en auditorías a SICAU).

GDO

Causa: Falta de ética del personal responsable; decisiones ajustadas a intereses particulares.
Control existente: 1) La existencia documental de procesos y protocolos para caracterizar el nivel de seguridad y confiabilidad de los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación en un contexto de eficiencia, efectividad y el cumplimiento normativo; 2) Medir el cumplimiento y la efectividad de la aplicación normativa de los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación; 3) Verificar mediante auditorias aleatorias el cumplimiento de los distintos requisitos y etapas de los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación los cuales deben ser estar registrados en los sistemas de información institucional y/o evidencia documental.
Propósito: Verificar la aplicación de los procedimientos establecidos para el cumplimiento pleno a los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación.
Responsable: Profesional Especializado de Admisiones y Registro y Jefes de Departamento.
Periodicidad: Semestral.
Aplicación: 1) Utilizando referentes normativos, documentales y de políticas institucionales en torno a los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación, con el fin de procedimentar, parametrizar, estandarizar y sistematizar los procesos en mención; 2) Verificado los reportes, documentos, protocolos, procesos, formatos que permitan verificar la aplicación y vigencia de los procedimientos en los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación; 3) Verificando mediante la aplicación de instrumentos; indicadores y reportes la actuación de los participantes en distintas fases o etapas de los procesos de inscripción, admisiones, matrícula, homologaciones, validación, supletorios, habilitación, graduación.
Desviación: Que los instrumentos de verificación, así como las fuentes de información, métodos de análisis y sistematización de la información no cumplan criterios de suficiencia, oportunidad y veracidad.
Evidencia: 1) Reglamento Estudiantil, Estatuto Docente, Acuerdos y Resoluciones; 2) Certificación por parte de los decanos de facultad cuando se presenta el evento; 3) Certificación por parte de los decanos de facultad de la ejecución de programas de inducción de docentes y estudiantes.

GDO

Causa: Falta de ética del personal responsable; decisiones ajustadas a intereses particulares.
Control existente: 1) La documentación normativa y procedimental para ejecutar los procesos institucionales en torno a la seguridad de la información que genera el proceso de docencia, con base a la relevancia requerida; la priorización de acciones de seguridad, protocolos, funcionamiento, efectividad y el cumplimiento de las medidas de protección de los archivos fuentes o información crítica; 2) La compilación documental, donde se evidencia el cumplimiento normativo y procedimental para medir el cumplimiento y la efectividad de las medidas de protección de los archivos fuentes o información crítica del proceso de docencia; 3) Realizar una verificación sobre la forma en que los activos: fueron configurados, la estructura en la red de comunicación, y la forma en que son administrados por sus responsables de acuerdo con los procedimientos establecidos por Gestión TIC.
Propósito: Verificar la aplicación y el cumplimiento de los procedimientos, acciones de seguridad y de las medidas de protección de los archivos fuentes o información crítica del proceso de docencia para proporcionar un ambiente de seguridad.
Responsable: Jefe de Departamento y Docente Coordinador Unidad de Educación Digital.
Periodicidad: Semestral.
Aplicación: 1) El área de Gestión TIC, emitirá reportes en torno a los niveles de acciones de seguridad, protocolos, funcionamiento, efectividad y el cumplimiento de las medidas de protección de los archivos fuentes o información crítica del proceso de docencia; 2) y 3) En los procesos de seguimiento de los riesgos asociados al proceso de docencia, se debe verificar mediante instrumentos e indicadores el nivel de incidentes en torno a la seguridad y la efectividad de las medidas de protección de los archivos fuentes o información crítica del proceso.
Desviación: 1) Cualquier inconsistencia en el procedimiento en el área de Gestión de TIC; 2) y 3) Que los instrumentos de verificación, así como las fuentes de información, métodos de análisis y sistematización de la información no cumplan criterios de suficiencia, oportunidad y veracidad
Evidencia: 1) Reportes de trazabilidad de SICAU (evidencia que se encuentra disponible para verificar en auditorías a SICAU); Procedimientos en torno a Gestión TIC; 2) Link de Conexión al Sitio de Gestión Académica; 3) Procedimientos en torno a Gestión TIC acta de verificación cuando se realice.

INT

Causa: Falta de ética de los funcionarios.
Control existente: Realizar la verificación de requisitos para la movilidad saliente.
Propósito: Validar los requisitos para la movilidad saliente.
Responsable: Admisiones, Jefe de Programa, Jefe de Internacionalización.
Periodicidad: A demanda.
Aplicación: Diligenciada la solicitud de movilidad académica y los documentos de postulación según convocatoria la oficina asesora de internacionalización verifica los requisitos; posteriormente informa al solicitante la respuesta por medio de comunicación escrita.
Desviación: Si se identifica la necesidad de realizar algún ajuste a la solicitud se informa al estudiante para que realice éstos.
Evidencia: Certificados y formatos diligenciados.

INV

Causa: Tráfico de influencias; ausencia de valores éticos.
Control existente: 1) Reuniones del Comité de Propiedad Intelectual; 2) Reuniones del Comité de Ética de la Investigación Bioética e Integridad Científica.
Propósito: 1) Validar y proteger la información de los productos resultados de investigación que puedan ser protegidos; 2) Analizar los casos que se presenten de ausencia de valores éticosen la producción intelectual de la institución.
Responsable: 1) Presidente del Comité de propiedad intelectual, abogada, contratista de apoyo; 2) Presidente del Comité de ética de la Investigación Bioética e Integridad Científica, contratista de apoyo.
Periodicidad: 1) Bimestral; 2) A demanda.
Aplicación: 1) El Comité de Propiedad Intelectual se reúne cada dos meses y se analizan las solicitudes que requieran protección de bienes de interés de la propiedad intelectual y cumplan con los requisitos establecidos en los procedimientos; 2) El Comité de Ética de la Investigación Bioética e Integridad Científica verifica los posibles casos, de ausencia de valores éticos en la producción intelectual de la institución.
Desviación: 1) Se deja registro en el acta de las situaciones encontradas cuando aplique.
Evidencia: Actas de comités realizados.

INV

Causa: Ausencia de valores éticos.
Control existente: Realizar evaluación por pares académicos a los proyectos de investigación.
Propósito: Verificar que los proyectos cumplan con las condiciones solicitadas en las convocatorias de investigación.
Responsable: Directora Administrativa de Tecnología e Innovación.
Periodicidad: Por proyecto.
Aplicación: Se asignan los pares evaluadores los cuáles realizan la verificación de los criterios establecidos en la normatividad interna.
Desviación: Se registra en el informe los requisitos que no se cumplen dentro de los proyectos.
Evidencia: Evaluación por parte de pares.

GLB

Causa: Falta de ética de los usuarios de laboratorio.
Control existente: Evidencia de registro de solicitudes de reserva de módulos y espacios de los talleres y laboratorios que se hace por medio del aplicativo SICAU, esto nos permite controlar la que los insumos se estén utilizando en las prácticas y nos permite dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución rectoral 387 de 20 mayo 2019.
Propósito: La utilización de talleres y laboratorios en la institución se debe verificar para asegurarse de que se utilicen únicamente para actividades académicas y que sean llevadas a cabo por estudiantes, profesores y usuarios en general. Todos los usuarios deben hacer una reserva en el aplicativo SICAU antes de utilizar estas instalaciones.
Responsable: Técnico operativo, contratistas (Laboratoristas).
Periodicidad: A demanda.
Aplicación: A través de las solicitudes de reserva que se realiza por medio de aplicativo SICAU se controla la asignación de los espacios de los diferentes talleres y laboratorios de la institución, allí se identifica el uso que se dará al taller o laboratorio y se observará la práctica que se va a realizar. El control se hace por medio del registro de solicitudes de reserva de módulos y espacios en los talleres y laboratorios que se hacen en SICAU, esto con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución rectoral 387 de 20 mayo 2019.
Desviación: Se informa al jefe inmediato cuando el personal asignado al laboratorio, técnico operativo o contratista (laboratorista), detecta que el usuario está realizando actividades que no son de la academia o está usando de forma indebida o malintencionado las herramientas, maquinas, equipos o espacios del taller o laboratorio. El jefe inmediato informará a cada jefe de departamento el incumplimiento.
Evidencia: Reservas en aplicativo SICAU.

GFI

Causa: Extralimitación de funciones; omisión de las políticas operativas; búsqueda de beneficios propios.
Control existente: 1) Verificación documental de los soportes para pagos.
Propósito: Verificar y validar documentalmente los soportes para el pago que estén debidamente diligenciados, certificados y autorizados.
Responsable: Director Administrativo de la Gestión Financiera y sus funcionarios.
Periodicidad: Permanente.
Aplicación: Se reciben los documentos; se verifica la disponibilidad presupuestal; se realiza la verificación de los documentos soporte. Si los documentos no cumplen con los requisitos se devuelven para que el área responsable realice los ajustes correspondientes. Se diligencia el formato de "Contabilización del Pago". Se registra y aprueba la cuenta por pagar.
Mensualmente se realiza la conciliación bancaria: se realiza el cruce entre el libro de bancos y el extracto bancario, comparando el saldo del extracto con el saldo en libros y realizar los ajustes correspondientes.
Desviación: Cuando se identifican inconsistencias se realiza notificación al área encargada y se devuelven los documentos para que se realizan los ajustes necesarios para poder realizar el pago.
Evidencia: Certificado de disponibilidad presupuestal, actas, contratos, comprobante de egreso, autorizaciones de pago, resoluciones.

GRF

Causa: Omisión de las políticas institucionales para el manejo de los bienes.
Control existente: 1) Políticas para el manejo de inventarios propiedad planta y equipos de la Institución Universitaria pascual Bravo; 2) Verificación de los bienes reintegrados al almacén para realizar el trámite de baja; 3) Gestionar con el intermediario idóneo la venta por lotes de los bienes aprobados para ser dados de baja.
Propósito: 1) Verificar el cumplimiento de las normas y procedimientos que unifican criterios en el manejo de los bienes de la institución; 2) Validar las solicitudes de reintegro recibidas y aprobadas, verificando las condiciones del mismo y el dictamen expedido por personal competente, para la aprobación de la baja de los bienes por parte del rector; 3) Validar que los bienes reintegrados y aprobados en el comité de sostenibilidad correspondan a los bienes que se entregan al intermediario idóneo y que sean los mismos elementos que sean retirados de la Institución.
Responsable: Líder almacén.
Periodicidad: A demanda.
Aplicación: 1) Definida en el manual; 2) El almacén recibe las solicitudes de reintegro por medio de SICAU, las aprobadas por deterioro, obsolescencia o daño. De las solicitudes recibidas, se verifica cuáles aún son de utilidad, a fin de disponer para las dependencias que lo requieran. Respecto a los elementos que por su deterioro, obsolescencia o daño se requiera continuar con la baja, se relacionan y se conservan las evidencias del dictamen correspondientes. Esta relación

de bienes se lleva al comité de sostenibilidad contable. A partir de la recomendación de aprobación por parte del comité, se remite al rector para que se expida la resolución de la baja y se autorice el destino final que se le dará a los mismos, según lo estipulado en la resolución rectoral 375 de 2020; 3) Con base en la relación de bienes que serán dados de baja, se envía la clasificación por lotes al intermediario, para su posterior venta. El comprador retira el lote de la Institución y una vez sale de las instalaciones se da de baja en el módulo de inventarios del sistema de información.
Desviación: 1) Se informa a secretaría General las desviaciones; 2) De acuerdo con la desviación se realiza lo siguiente: se devuelve la solicitud a la dependencia que remite el reintegro; se informa a Secretaría General las situaciones encontradas.
Evidencia: 1) Resolución rectoral 375 de 2020; 2) Acta del comité de sostenibilidad y resolución rectoral donde se autoriza la baja de los mismos; 3) Contrato vigente suscrito entre la Institución y el intermediario idóneo, reintegro de bienes en el sistema, lista con relación de los bienes por lote, reporte del módulo de inventarios del sistema de información de la baja de los bienes, certificación RAEE, cuando el lote es de eléctricos y electrónicos, expedido por el comprador.

GTIC

Causa: Falta de ética del personal.
Control existente: 1) Sensibilizar sobre ética profesional y uso de licencias para fines institucionales; 2) Establecer procedimientos de Soporte Técnico, y Formato de Control de Licencias; 3) Controlar el acceso a las bases de datos por medio de logs de acceso; 4) Generación de copias de seguridad periódicas de bases de datos; 5) Controlar el acceso al Centro de Datos; 6) Controlar el acceso a los sistemas de información por medio de permisos especiales; 7) Responsabilizar al personal de la institución sobre el manejo de la información institucional; 8) Establecer Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información.
Propósito: 1) Sensibilizar y concientizar al equipo de trabajo sobre la ética profesional y el manejo adecuado de licencias y software institucional; 2) Contar con procedimiento y formato para el control de licencias e instalación de software institucional; 3) Registrar el acceso a las bases de datos por medio de los Logs de transacción de las diferentes bases de dato; 4) Realiza copias de seguridad de las diferentes bases de datos; 5) Implementar un sistema de seguridad físico al Centro de Datos solo para personal autorizado; 6) Controlar el acceso a los sistemas de información por medio de la autorización por parte del administrador del sistema; 7) Generar responsabilidad frente al uso de la información instituciona; 8) Establecer instrucciones sobre las políticas de seguridad de la información por medio de acto administrativo.
Responsable: Líder Gestión TIC.
Periodicidad: 1) Trimestral, 2) Permanente; 3) Permanente; 4) Mensual; 5) Permanente; 6) Permanente; 7) Permanente; 8) Permanente.
Aplicación: 1) Se realizan reuniones de grupo primario en donde se realiza la sensibilización y puesta en común de la ética profesional y el correcto manejo de las licencias institucionales; 2) Generación de procedimiento de soporte técnico y generación de formato de control para las licencias institucionales; 3) Registrar el acceso a las bases de datos por medio de los Logs de

transacción de las diferentes bases de datos; 4) Realiza copias de seguridad de las diferentes bases de datos; 5) Implementar un sistema de seguridad físico al Centro de Datos solo para personal autorizado; 6) Controlar el acceso a los sistemas de información por medio de la autorización por parte del administrador del sistema; 7) Generar responsabilidad frente al uso de la información institucional; 8) Establecer instrucciones sobre las políticas de Seguridad de la información por medio de acto administrativo.
Desviación: 1) Reportar los accesos inusuales y se toman las medidas correctivas; 2) Si se identifican copias defectuosas se repite a copia; 3) Reportar los accesos inusuales y se toman las medidas correctivas.
Evidencia: 1) Actas de grupo primario; 2) GTIC-PR-03 y GTIC-FR-13; 3) Logs de Acceso a las Bases de Datos; 4) GTIC-FR-02 BACKUPS; 5) Dispositivo de control de acceso instalado y operando; 6) Mesa de ayuda; 7) Correo electrónico al administrador del sistema de información; 8) Política de Seguridad y Privacidad de la información.

GDC

Causa: Omisión de las políticas y procedimiento de gestión documental.
Control existente: Acceso restringido a los depósitos los funcionarios del archivo (Reglamento Art. 3 Literal b).
Propósito: Verificar, validar y cotejar el acceso de personal para garantizar la custodia adecuada del patrimonio documental de la institución
Responsable: Líder del proceso.
Periodicidad: Cuatrimestral.
Aplicación: Realizar visitas de seguimiento a los archivos de gestión de la IUPB, realizando de ser necesario acciones de mejora o correctivas al respecto.
Desviación: No evidenciar el dolo con oportunidad
Evidencia: Formato GDC-FR-19 Reporte Asesoría Archivos de Gestión; Formato GDC- FR-20 Reporte Visita Archivos de Gestión.

GAU

Causa: Falta de ética profesional por parte del servidor público.
Control existente: 1) Reuniones de grupo de trabajo; 2) Realizar capacitaciones en la política de Servicio al Ciudadano a los asesores de atención al usuario.
Propósito: 1) Verificar el cumplimiento de las actividades acorde a las necesidades del proceso; 2) Verificar las debilidades en conocimiento de los asesores y definir capacitaciones y actualizaciones permanentes de la política de servicio al ciudadano.
Responsable: Técnica Administrativa y Gestión del talento Humano.
Periodicidad: 1) Cuatrimestral; 2) Anual.
Aplicación: 1) La líder reúne el personal y trata temas referentes al servicio y se generan propuestas de solución de ser necesario; 2) Se identifica la necesidad y se hace la respectiva

solicitud a Gestión al Talento Humano.
Desviación: 1) Por motivos de horario, es posible no contar con la totalidad de asesores para la reunión. Se reprograma o se retroalimenta el tema; 2) Demora en la contratación del capacitador o falta de recursos.
Evidencia: Listas de asistencia y soportes de capacitaciones.

GTH

Causa: Uso indebido del poder.
Control existente: Aplicación de la normatividad y procedimientos vigentes sobre vinculación de personal administrativo, así como docentes de carrera, ocasionales y de cátedra.
Propósito: Verificar la normatividad existente según el tipo de vinculación.
Responsable: Director Administrativo de Talento Humano.
Periodicidad: Cada que haya un nombramiento.
Aplicación: El profesional del área de vinculación aplica los procedimientos de vinculación y permanencia vigentes según la normatividad (GTH-PR-19, GTH-PR-21, GTH-PR-22) cada vez que se vaya a cubrir una vacante, diligencia el formato GTH-FR-43 Lista de Chequeo para verificar requisitos de estudios y experiencia según manual de funciones.
Desviación: Cuando se identifica alguna situación irregular se le notifica al director de talento humano.
Evidencias: Formato GTH-FR-43 Lista de Chequeo diligenciado de acuerdo al procedimiento.

GJ

Causa: Por acción u omisión no se informe de las inhabilidades y conflicto de intereses del personal a su cargo para un beneficio propio o de un tercero.
Control existente: Validar el cumplimiento de la Ley 80 de 1993; verificación en portales de Contraloría y Procuraduría que el contratista o representante legal del mismo no estén inhabilitados. Medidas correctivas y Policía.
Propósito: Verificar la elaboración de contratos con cláusula expresa de inhabilidades e incompatibilidades; Verificar la no inhabilidad del contratista o del representante legal del mismo.
Responsable: Abogado de apoyo - Jefe Oficina Asesora jurídica.
Periodicidad: Permanente.
Aplicación: Verificación de la redacción del contrato; verificación de documentación portales.
Desviación: Redacción inicial por parte del abogado de apoyo y posterior validación; solicitud de documentos de soporte al contratista.
Evidencias: Expediente contractual; documentos de Contraloría y Procuraduría, Medidas correctivas y Policía.

GJ
Causa: Omisión de los procedimientos asociados a procesos contractuales. **Control existente:** Procedimientos documentados aplicados y controlados en su totalidad, (GJ-PR-05, GJ-PR-06, GJ-PR-07, GJ-PR-08, GJ-PR-09, GJ-PR-10); normas claras y aplicadas, procedimientos formales aplicados. **Propósito:** Verificar las actividades necesarias para las diferentes modalidades de contratación; verificar y asegurar el cumplimiento de las normas vigentes sobre la contratación pública. **Responsable:** Servidores públicos y contratistas que intervienen en los procesos de contratación. **Periodicidad:** Permanente. **Aplicación:** Aplicación de los procedimientos durante el trámite de los procesos de contratación adelantados en la Institución, revisión de los procedimientos con el fin de realizar los ajustes necesarios; trámite de procesos de contratación de acuerdo a las normas vigentes. **Desviación:** Cuando se identifican desviaciones a los procedimientos se realizan las correcciones inmediatas aplicables. **Evidencias:** Cronograma de proceso contractual.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES.

Tras analizar detenidamente las matrices de riesgos existentes en la Institución Universitaria Pascual Bravo, la Oficina Asesora de Evaluación y Control ha constatado una adecuada identificación en el diseño e implementación de los controles adoptados, los cuales incorporan las variables necesarias para su adecuada valoración. Estas variables abarcan no solo los propósitos, sino también los responsables de la actividad de control, la frecuencia de ejecución, el método de realización, las desviaciones resultantes de su aplicación y las evidencias.

Se destaca especialmente la correcta identificación de las causas o fallas que podrían dar lugar a la materialización de los diversos riesgos institucionales. Además, se observa la estructuración de controles para cada una de estas, lo que demuestra un enfoque completo y proactivo en la gestión de riesgos.

Además de la adecuada identificación en el diseño e implementación de los controles, es importante resaltar la importancia de la adaptabilidad y actualización constante de los mismos. Los controles deben ser revisados periódicamente para asegurar que sigan siendo efectivos frente a los riesgos identificados y que estén

alineados con los cambios en el entorno institucional y normativo.

Asimismo, es fundamental promover una cultura organizacional orientada hacia el cumplimiento normativo y la ética, donde todos los colaboradores comprendan la importancia de los controles internos y su papel en la prevención de la corrupción. La capacitación y sensibilización del personal en estas cuestiones son aspectos clave para fortalecer los controles y mitigar los riesgos de corrupción.

Por último, se sugiere establecer mecanismos efectivos de monitoreo y reporte de los controles implementados, que permitan identificar y corregir de manera oportuna posibles desviaciones o fallos en su funcionamiento. Estos mecanismos deben ser transparentes y accesibles para todos los miembros de la Institución, fomentando así la rendición de cuentas y la mejora continua en la gestión de riesgos.

EVALUACIÓN DE RIESGOS ANTES Y DESPUÉS DE CONTROLES (INHERENTE Y RESIDUAL).

Es importante destacar que, antes de diseñar y definir las actividades de control, es esencial identificar inicialmente la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de evaluar el riesgo inherente. En este punto, se deben implementar controles que reduzcan el impacto o las consecuencias que la materialización del riesgo pueda tener en la institución, con el objetivo de proporcionar un aseguramiento razonable en cuanto al logro de los objetivos.

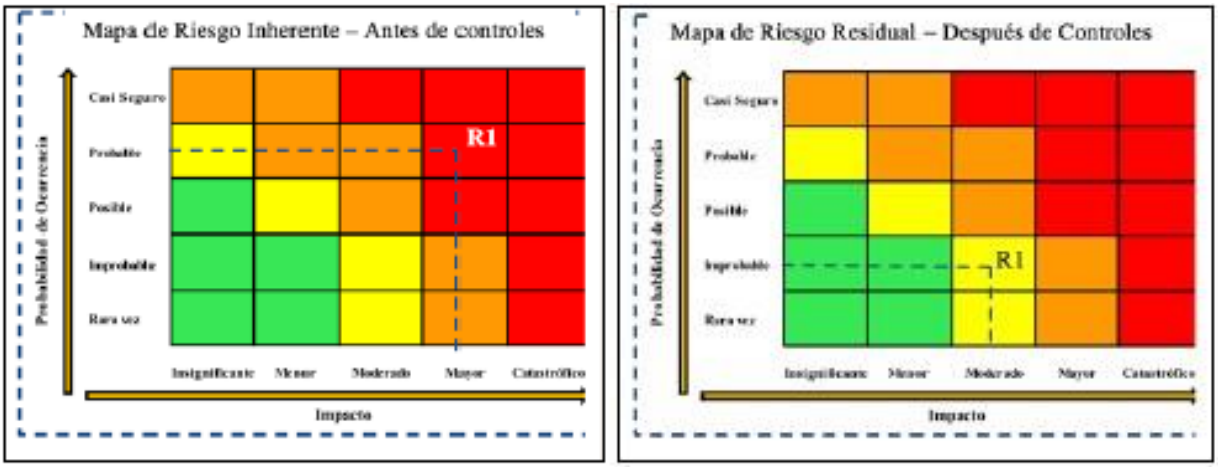
Por lo tanto, aunque se considere la materialización del riesgo en términos de probabilidad, se emplean los controles definidos para abordar directamente dicha probabilidad y, así, disminuir las consecuencias o el impacto de su ocurrencia, logrando el desplazamiento del riesgo inherente (previo a los controles) para calcular el riesgo residual (posterior a los controles).

En el caso específico de la Institución Universitaria Pascual Bravo, se evidencia una adecuada valoración de los riesgos, presentando los siguientes niveles:

Riesgo Inherente: Es el nivel de riesgo antes de aplicar cualquier control. Representa la probabilidad y el impacto de un evento adverso si no se implementan medidas de mitigación.

Riesgo Residual: Es el nivel de riesgo después de aplicar los controles. Representa la probabilidad y el impacto de un evento adverso una vez que se han aplicado todas las medidas de mitigación disponibles.

Esta evaluación permite a la Institución identificar la eficacia de sus controles y la necesidad de implementar medidas adicionales para reducir aún más los riesgos identificados.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, 2018.

PROCESO	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL
DIR. ESTRATÉGICO	ALTO
DOCENCIA	MODERADO
INTERNACIONALIZACIÓN	MODERADO
TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN	MODERADO
GESTIÓN LABORATORIOS	MODERADO
GESTIÓN FINANCIERA	ALTO
GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS	MODERADO
GESTIÓN TIC	MODERADO
GESTIÓN DOCUMENTAL	ALTO
GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	MODERADO
GESTIÓN TALENTO HUMANO	MODERADO

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.

Tras un exhaustivo seguimiento realizado al Mapa de Riesgos de Corrupción durante el primer cuatrimestre de 2024, la Oficina Asesora de Evaluación y Control ha constatado que los mismos al interior de la Institución Universitaria Pascual Bravo no han sufrido modificaciones con relación al cuatrimestre anterior, y además cumplen satisfactoriamente con los estándares establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Versión 4 expedida por el DAFP en octubre de 2018. Este resultado refleja que los protocolos y medidas adoptados para identificar, analizar y mitigar los riesgos de corrupción están adecuadamente alineados con las normativas vigentes.

Se destaca como una práctica ejemplar que contribuye al fortalecimiento institucional, la adopción de una política clara contra la corrupción y el diseño de procedimientos transparentes para la toma de decisiones y la ejecución de acciones. Asimismo, se recomienda enfáticamente proporcionar formación regular sobre ética y anticorrupción, así como fomentar una cultura organizacional basada en la transparencia entre todos los empleados, incluidos los altos directivos y líderes. Esta concientización es fundamental para que todos comprendan qué constituye la corrupción y cómo identificar y denunciar posibles casos.

Si bien para la gestión de riesgos de corrupción, continúan vigentes los lineamientos contenidos en la versión 4 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas de 2018, es esencial destacar la importancia de su actualización y aprobación, en aras de garantizar que la Institución se encuentre a la vanguardia en los demás temas y conceptos abordados en ella.

Es importante destacar y reconocer el esfuerzo de todo el personal de la Institución Universitaria Pascual Bravo por su compromiso y dedicación en la

prevención de la materialización de riesgos durante el periodo evaluado. Su trabajo contribuye significativamente al fortalecimiento de la integridad institucional y a la promoción de una cultura ética y transparente.

Sin embargo, se han identificado áreas de mejora que requieren atención para garantizar una gestión más efectiva de los riesgos de corrupción en la Institución.

Por ello, se sugiere identificar y gestionar los riesgos asociados con la prestación de trámites y servicios, implementando mecanismos de control específicos para estos procesos.

La implementación de estas recomendaciones no solo contribuirá a reducir los riesgos de corrupción institucional, sino que también fortalecerá la integridad y la reputación de la Institución Universitaria Pascual Bravo, consolidando su compromiso con la transparencia y la ética en todas sus operaciones.

Cordialmente,

WILLIAM ECHAVARRÍA LOTERO
Jefe Oficina Asesora de Evaluación y Control

	Nombre y cargo	Firma
Proyectó	Sara Giraldo Vásquez	
Revisó y aprobó	William Echavarría Lotero	