



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

Número de acta: 007
Fecha: 10 de agosto de 2022
Lugar: Sala de reuniones Rectoría
Hora: 2:00 p.m.

Asistencia comité gestión del riesgo y SARLAFT	
Nombre	Cargo
Dr. Juan David Correa	Miembro Consejo Superior
Dr. Manuel Esteban Acevedo Jaramillo	Rector
Dr. Andrés Vélez Vélez	Gerente IPS CES
Dra. Carolina Gómez Alvis	Directora Administrativa y Financiera
Dra. Patricia Chejne Fayad	Secretaría General
Dra. Carolina Londoño Pelaez	Directora de Investigación e Innovación
Dr. Diego Alveiro Restrepo Ochoa	Director Académico
Dr. Jose Franklin Diaz Cardenas	Jefe de Bienestar Institucional
Dra. Natalia Andrea Muñoz Gil	Oficial de cumplimiento
Paula Andrea Gallego Ossa	Analista de riesgos

Objetivo de la reunión

- Mostrar los avances y actividades realizados por la oficina de gestión del riesgo en cuanto a los procesos de SARLAFT/PADM, gestión del riesgo, canal de transparencia y diseño e implementación de nuevas normativas.
- Presentar los planes de mejora a desarrollar a corto plazo.

Temas tratados en el comité

- 1) Contextualización del diseño e implementación de los sistemas de gestión de riesgos de la Universidad CES
- 2) Avances en la gestión del riesgo
- 3) Avance en el SARLAFT/PADM – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
- 4) Cumplimiento Normativo – Nuevas normatividades a diseñar e implementar
- 5) Canal de transparencia



Reunión ordinaria

- 6) Planes de acción a corto plazo
- 7) Recomendaciones

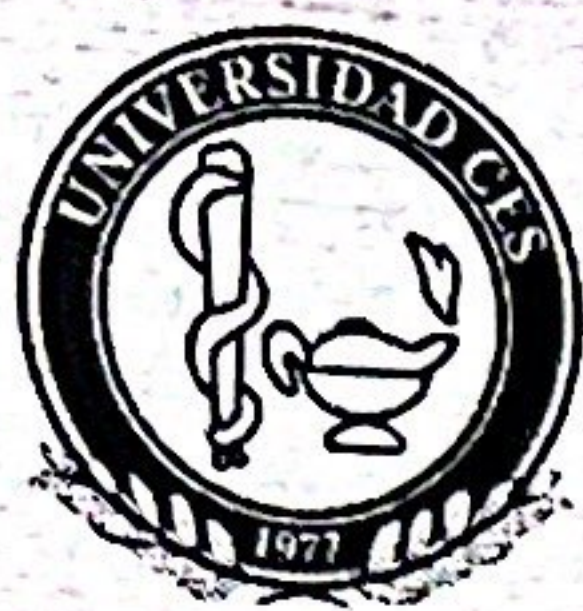
Desarrollo

1. Contextualización

Para el presente año, el comité de riesgos cuenta con nuevos integrantes, por tal motivo se decidió hacer una breve contextualización del trabajo realizado por la oficina de gestión del riesgo en los seis (6) años desde su creación y el avance que se ha logrado con respecto a los temas de interés como lo son el SARLAFT/PADM, la gestión del riesgo y el canal de transparencia.

- Desde el 2016 a raíz de la emisión de la Circular Externa 009 de la superintendencia de salud, los máximos órganos de la Universidad dieron instrucciones para que el sistema se implementara y ejecutara de manera transversal a toda la institución y sus diferentes sedes (IPS Sabaneta, Poblado y CVZ).
- Para el 2018 se inició el trabajo articulado de riesgos en los procesos administrativos, donde se realizó la identificación y evaluación de riesgos de las diferentes áreas administrativas (35 áreas en total).
- Se desarrolló la identificación y evaluación de los riesgos estratégicos en el año 2019, siendo estos los riesgos más trascendentales en la organización y que podrían comprometer la estabilidad operacional de la universidad.
- En el 2020 a raíz de la pandemia y los cambios experimentados alrededor del mundo, se reevaluaron los riesgos estratégicos ya que nuestra operatividad como universidad cambio y surgieron nuevas preocupaciones. Así mismo, se actualizó el manual SARLAFT, el cual fue aprobado por el Consejo Superior en el acta 738 del 24 de junio.
- Para el 2021, se realizó el primer monitoreo de los riesgos estratégicos con las prioridades más críticas, donde se establecieron controles para mitigarlos.
- los entes de control emitieron varias actualizaciones normativas de obligatorio cumplimiento, los cuales fueron:

- **SARLAFT:** SARLAFT/PADM CE 20211700000005-5 actualizó CE009.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

- **SICOF – Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude:** CE 20211700000005-5.
- **Subsistemas de administración de riesgos en salud:** CE 20211700000004-5.
- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial:** CE 2022151000000053-5 del 05 de agosto del 2022.

En el presente año 2022, se han desarrollado o están en proceso de desarrollo e implementación varias actividades que complementan el trabajo de la oficina de riesgos, estas son:

- **Riesgos por procesos académicos:** Se identificaron y evaluaron los riesgos para las facultades de Medicina y Odontología desde el plan estratégico de cada facultad.
- **Riesgos por procesos:** Se definió una nueva estrategia de evaluación de riesgos, la cual será monitoreada por direcciones (5 en total: Rectoría, Secretaría General, Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Investigación e Innovación, Dirección Académica) y no por áreas administrativas, favoreciendo que esta labor sea de una manera más integral, que los líderes estén más atentos de lo que sucede bajo su dirección. así mismo, representaría una concentración de esfuerzos para la mitigación y prevención de los riesgos y un mayor control de estos.
- **Nuevas Normativas:** se encuentran en diseño e implementación, posteriormente se pasarán para aprobación de los máximos órganos, se tiene plazo hasta el mes de septiembre del presente año para su aprobación.

La oficial de cumplimiento recordó las funciones que tiene el comité de riesgos, para que todos los integrantes tuvieran claro los alcances de este. Algunas funciones son:

- Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputaciones, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función.



Reunión ordinaria

- Proponer acciones adicionales de tratamiento para aquellos riesgos cuyas acciones requieren de decisiones estratégicas.
- Analizar y evaluar los riesgos, especialmente de priorización alta.
- Promover activamente el fomento de la cultura en gestión del riesgo y la autorregulación.
- Orientar a la oficina de gestión de riesgos en la toma de decisiones a nivel estratégico y de procesos.
- Aprobar los programas de capacitación para el personal sobre la gestión de riesgos.
- Revisar y aprobar el plan anual, el presupuesto y el cronograma de trabajo del SIGR.
- Pronunciarse sobre el informe que entrega la oficina de gestión del riesgo sobre el avance del SIGR a nivel de procesos y estratégicos para posterior enviarlo al consejo superior.
- Evaluar y definir acciones estratégicas sobre el informe de registro de eventos que reportan los líderes de los procesos.

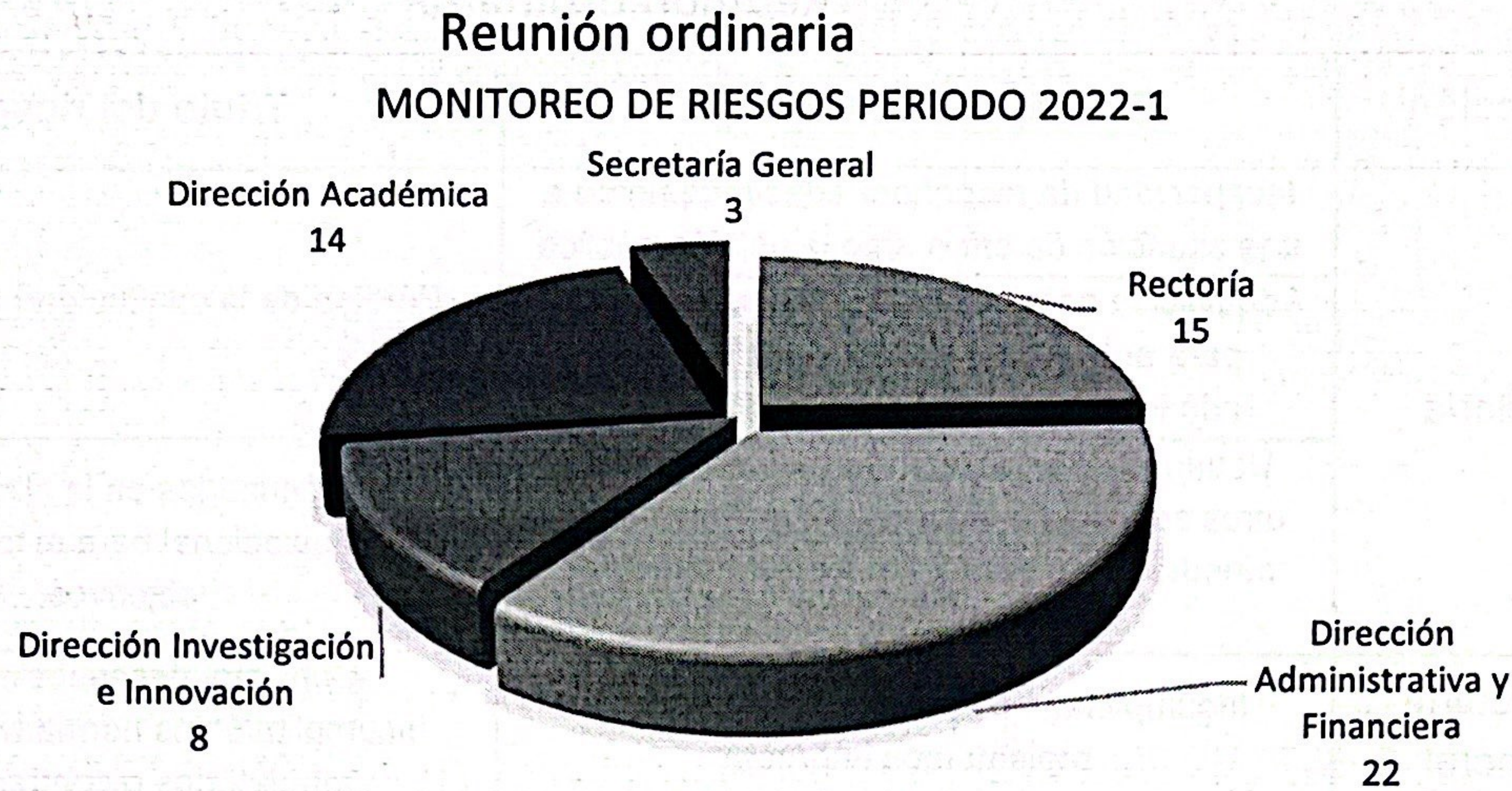
Con respecto a este tema, nació una sugerencia por parte de los asistentes, la cual es analizar la pertinencia de una mayor frecuencia de reuniones del comité de riesgos, estableciéndolo con una periodicidad semestral.

2. Gestión del riesgo: Procesos administrativos

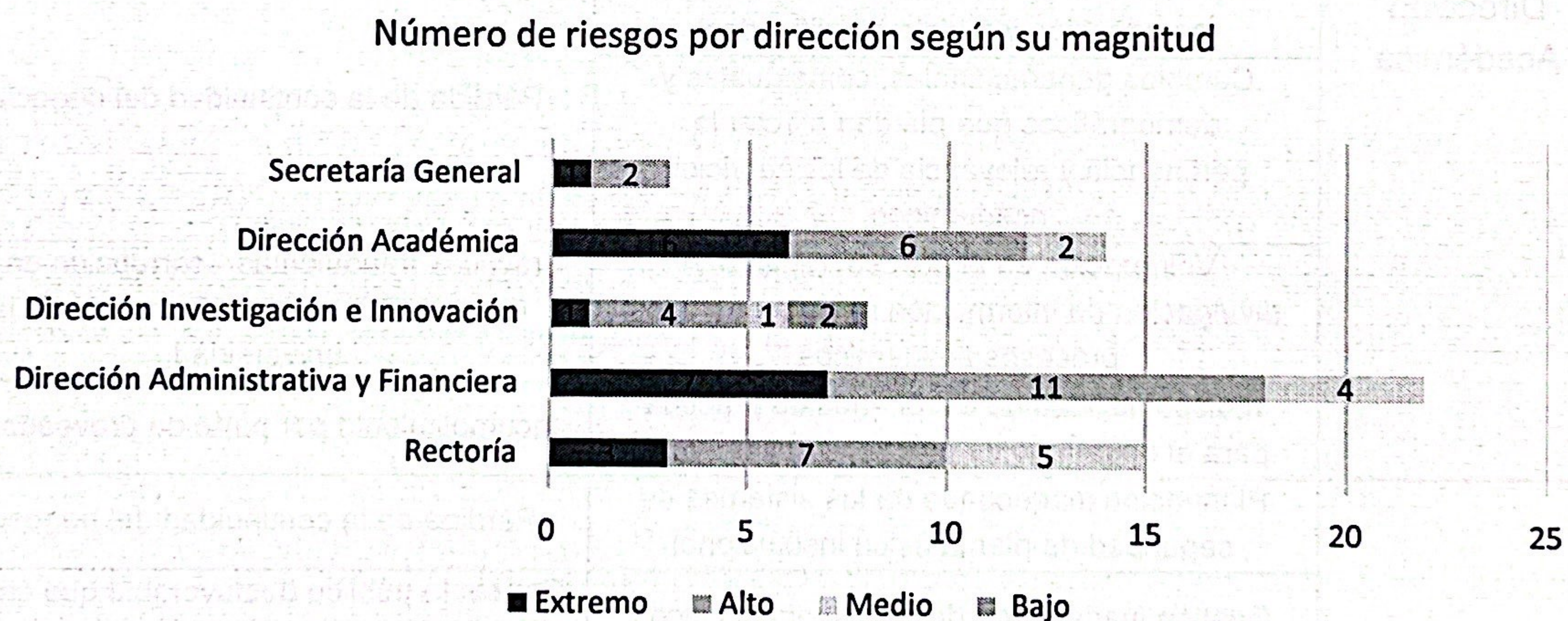
Como resultado del monitoreo 2021-2, se tenían 35 matrices de riesgos de las dependencias administrativas, con un total de 290 riesgos, ya que la identificación y evaluación de los riesgos partía de los líderes de cada una de las áreas administrativas, volviendo en su conjunto un sistema muy robusto y poco atractivo de gestionar. Por tal motivo, para el presente año, el monitoreo del primer semestre se definió que tendría una nueva metodología de evaluación y medición, lo que representó una reducción del 80% de los riesgos, quedando con un total de 62 riesgos, ya que no se haría la identificación de manera individual por cada área sino por direcciones (quedando en total 5 matrices de riesgos), permitiendo un manejo más integral. De igual forma, el trabajo se debe hacer de manera conjunta con los líderes de área que pertenecen a cada dirección.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT



Del total de los riesgos, 18 riesgos fueron evaluados con nivel “extremo”, para este segmento cada una de las direcciones debe establecer controles fuertes de cumplimiento permanente que permita mantener el riesgo controlado y mitigar su ocurrencia o disminuir su probabilidad e impacto.



Más del 70% de los riesgos identificados se concentran en niveles “altos y extremos”, indicando que deben definirse controles fuertes de cumplimiento a corto plazo y de seguimiento permanente.

Cabe señalar que el 90% de los controles implementados para la mitigación de los riesgos son fuertes y moderados, lo que representa coherencia en el resultado de la evaluación con la atención prioritaria de medidas de control.

A continuación, se detallan los riesgos con priorización extrema, estos fueron analizados por el comité, donde se detallaron algunas aclaraciones sobre los riesgos, como también las acciones a considerar para el control de los mismos:



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

Dirección	Descripción del Riesgo	Título del riesgo	Controles
Rectoría	Incapacidad de responder adecuadamente a una situación de crisis ante la opinión pública	Pérdida de la continuidad del negocio.	Moderado
	Adquisición desarticulada de soluciones de TI para apoyar los procesos misionales y administrativos de la Universidad CES		Débil
	Usuarios de educación formal, no formal y otros servicios brindados por la Universidad atendidos por debajo de los estándares de calidad	Dificultades en la alineación organizacional para el logro de los objetivos.	Débil
Secretaría General	Incumplimiento de las normas legales y reglamentos internos	Conflicto, desconocimiento o incumplimientos normativos, legales, regulatorios o contractuales.	Fuerte
Dirección Académica	Indisponibilidad de recursos técnicos y tecnológicos para el desarrollo de procesos académicos	Fallas o indisponibilidad de la infraestructura física relacionada con problemas estructurales o técnicos.	Fuerte
	Incumplimiento en los reportes de información a las entidades de vigilancia y control	Falla o falta de adecuación, consistencia, confiabilidad, confidencialidad y disponibilidad de la información que se genera o se custodia (física o electrónica).	Fuerte
	Inoportunidad en la realización de trámites (acreditación y registros calificados)	Pérdida de la continuidad del negocio.	Fuerte
	Cambios generacionales, contextuales y demográficos que puedan afectar la pertinencia y relevancia de los servicios académicos.		Débil
	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información relacionada a los procesos académicos.	Prácticas fraudulentas - corrupción en los diferentes procesos misionales de la universidad	Moderado
	Indisponibilidad de escenarios de práctica para el desarrollo de prácticas académicas	Incumplimiento por parte de proveedores	Fuerte
Dirección Administrativa y Financiera	Planeación inadecuada de los sistemas de seguridad de planta física institucional	Pérdida de la continuidad del negocio.	Fuerte
	Gestión inadecuada de los espacios físicos para actividades misionales	Concepto público desfavorable que causa una pérdida de credibilidad sobre la Universidad en sus grupos de interés.	Fuerte
	Gestión y proyección inadecuada del presupuesto para la ejecución de espacios físicos	Actos mal intencionados de terceros (AMIT).	Moderado
	Gestión inadecuada a la vinculación y seguimiento de proveedores	Fallas en la gestión, planeación o ejecución de proyectos.	Fuerte
	Demoras en la entrega de informes financieros a clientes internos y externos		Moderado
	Negociación y ejecución de proyectos sin el aval financiero		Moderado
	Información presentada a los entes de control con normatividad desactualizada	Conflicto, desconocimiento o incumplimientos normativos, legales, regulatorios o contractuales.	Fuerte
Dirección Investigación e Innovación	Incumplimiento en los reportes de información a las entidades de vigilancia y control	Falta o falla de la capacidad de gestión del talento humano.	Moderado



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

El registro de eventos hace parte fundamental de los procesos gestión del riesgo, esto debido a que a que cada dirección reporta los eventos que se presentaron durante el periodo de evaluación, permitiendo tomar acciones correctivas y plantear controles que prevengan nuevamente su ocurrencia.

A continuación, se listan los eventos ocurridos en el semestre 2022-1, que reportaron las direcciones:

Dirección	Riesgo	Información
Dirección de investigación e innovación	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información	Detalle del riesgo: Acciones u omisiones que reflejen datos o información equivocada en diferentes registros de la universidad, como pueden ser los registros académicos y de proveedores Descripción: Personal de la tienda universitaria y del centro de idiomas modifican datos o tienen permiso en BD maestras de SAP para modificar datos que no son de sus procesos y alterar información del registro académico Causa: Requerimientos de desarrollos de SAP en sus áreas que afectan otros procesos de otras áreas Medida correctiva: Intervención de varias áreas con el compromiso de implementar nuevos procedimientos y realizar ajustes con acompañamiento de TI para evitar estas adulteraciones de los datos Nivel de riesgo: Alto
	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información	Detalle del riesgo: Modificar información de un artículo ya publicado Descripción: La autora de un artículo publicado en la Revista CES Psicología Vol. 13(1) 2020 solicita realizar unos cambios en dos palabras en el artículo. Al mes siguiente solicita otros cambios que afectan el sentido del artículo. Causa: Se ha generado confusión a las personas que están citando el artículo. Medida Correctiva: Se pide apoyo al área de Propiedad Intelectual para estudiar el caso, ya que los cambios solicitados afectan el sentido del artículo y éste ya había sido citado en diferentes ocasiones. Nivel de riesgo: Alto
Dirección académica	Incumplimiento a la normatividad nacional e institucional relacionada con procesos académicos	Descripción: Negación del registro calificado: Programa de Nutrición y Dietética, Maestría en Salud Mental, Maestría en Gestión en Enfermería, Especialización en Radiología, Psicología de la Salud Causa: Inconsistencias en el Plan General de Prácticas Formativas del programa, en correspondencia con el plan de estudios El programa se niega por: Pertinencia de la denominación y el perfil de ingreso, No se evidencia la necesidad de una maestría en profundización en gestión en enfermería más cuando en el país hay varias maestrías en administración, Inconsistencias en el plan de prácticas formativas y en los anexos técnicos, En los anexos técnicos no se registran las prácticas formativas de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos. No se observan prácticas de salud pública o comunitarias, Tampoco se observan prácticas en servicios ambulatorios como la Consulta externa de psicología Medida correctiva: Se da respuesta el requerimiento y se está trabajando de manera articulada con el Área de Docencia - Servicio Se analizan las razones de la negación y solicita recurso de reposición Nivel de riesgo: Alto

Otras actividades desarrolladas:

- El 27 de abril, se presentó al Consejo Superior los riesgos corporativos de la Universidad.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

- El 30 de junio, con el Consejo Superior y Sala de Fundadores, se realizó un taller sobre los posibles riesgos que se pueden presentar frente a cada una de las decisiones o extralimitaciones de acuerdo con las funciones contempladas en los estatutos.
- Asesoría y acompañamiento al Centro de Veterinaria y Zootecnia y a la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia en la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos asociados a la prestación del servicio y al direccionamiento estratégico, así como, a los riesgos en proyectos en sus diferentes etapas de planeación, ejecución y cierre.
- Se inició el plan de trabajo para diseñar el DRP- Plan de Recuperación de Desastres de TI de la Universidad CES. Este será uno de los alcances que se tiene para el Plan de Continuidad del Negocio.
- Trabajo articulado con otras áreas en el plan y manejo de crisis reputacional.
- Se avanza en la reestructuración documental del **sistema de gestión integral de riesgos**, donde se va a incorporar los componentes del SARLAFT, el sistema de riesgos en procesos administrativos y académicos y los nuevos subsistemas como el SICOF, el sistema de riesgos en salud y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

En cuanto al tema de gestión del riesgo los integrantes del comité hicieron varias recomendaciones:

- Estar atentos al cambio en el nivel de controles, ya que para modificarlo se debe involucrar la asignación de presupuesto, por eso, se sugiere que los líderes estén atentos a los controles que se proponen para planear bien y poder hacerle seguimiento.
- Se debe buscar el apoyo con Delima Marsh para prepararnos frente a las situaciones de crisis, y desarrollar en conjunto una simulación.
- Con el área de tecnología de la información se debe centralizar las compras y aprobaciones de los sistemas de información para que estos funcionen de manera conjunta y no de manera aislada
- Desde la dirección administrativa y financiera se hizo la sugerencia de modificar los riesgos identificados para proyectos, donde se analice el riesgo desde la formulación e incluya un adecuado procedimiento desde la propuesta del proyecto.

Además, desde el análisis y formulación de los proyectos se involucre a la dirección administrativa y financiera y a la dirección de investigación e innovación.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

- Para mitigar los riesgos de los proyectos que ya están en ejecución se propuso sincronizar a la dirección financiera, dirección de investigación e innovación y al área jurídica para que se puedan consensuar conceptos y decisiones.
- Es importante tener en cuenta que al momento de presupuestar los proyectos, se debe de incluir costos que están inmersos en el marco normativo, por ejemplo, vacunas, EPP, incapacidades, impuestos e imprevistos, ya que se están formulando proyectos sin el debido presupuesto lo que hace que la universidad incurra en pérdidas.
- Se ha evidenciado que se hacen compras sin fundamento por parte de diferentes áreas y facultades, convirtiendo esta situación en un riesgo de liquidez para la organización, por tal motivo desde la Rectoría y la Dirección Administrativa y Financiera se hará una estrategia para mitigar este riesgo y se llevará al Consejo Superior para su aprobación.
- Otro riesgo que debe de contemplarse que es de interés actual, es el riesgo del cambio en normatividades aplicables al sector donde nos desempeñamos, o cambio en las variables económicas que afectan nuestro funcionamiento financiero. Esto se analizará con la Dirección Administrativa y Financiera para que se aborde de la mejor manera.

3. SARLAFT/PADM – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Debido al cambio normativo que sufrió el sistema expedido en la circular externa 20211700000005-5, se actualizaron los procedimientos, formatos y el manual SARLAFT/PADM según los lineamientos dados.

Además, se identificaron riesgos asociados a la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – FPADM en los que la universidad se puede ver involucrada, dando un total de 5 riesgos nuevos identificados, todos con calificación de nivel bajo.

Anteriormente se tenían 13 riesgos asociados al Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, y ahora con los nuevos riesgos PADM se cuenta con un total de 18.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE
R1	Posibilidad de vincular un cliente con documentos y/o información falsa y de difícil verificación	Medio
R2	Ser utilizada como medio de apariencia de legalidad para el ingreso dinero ilícito	Bajo
R3	Error humano	Medio
R4	Fraude interno por actos mal intencionados en la manipulación de estados financieros, manipulación de las operaciones, de información, corrupción o malversación de activos para beneficio propio.	Bajo
R5	Infraestructura tecnológica insuficiente para la notificación de alertas	Medio
R6	Incumplir con las exigencias normativas en el tema SARLAFT-circular 00009 del 21/abril/2016	Bajo
R7	Permisividad en la vinculación a personas naturales y jurídicas con antecedentes delictivos, que fue o es señalado en las listas para el control de riesgo LA/FT.	Bajo
R8	Realizar contratos con proveedores que estén por fuera de parámetros normales del mercado objetivo	Bajo
R9	Falla en el levantamiento de los de riesgos LA/FT	Bajo
R10	Pérdida de información clave de LA/FT	Medio
R11	Falla en la ejecución de los procedimientos para la debida diligencia empleados	Medio
R12	No detectar, ni informar oportunamente a las autoridades competentes los reportes de operaciones sospechosas	Alto
R13	Que los empleados no den estricto cumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos por la Universidad en temas de SARLAFT	Alto
R14	Sustracción por parte de un empleado de elementos o insumos radiológicos, químicos o biológicos que sea utilizado para beneficio propio, de un tercero o para causar daño.	Bajo
R15	No contar con las autorizaciones de los entes de control para la compra, recepción y manejo de materiales relacionados con Armas de Destrucción Masiva- PADM.	Bajo
R16	Ser utilizados como medio para la financiación o desarrollo de armas nucleares, químicas, biológicas para fines diferentes a las actividades misionales de la institución.	Bajo
R17	Incumplimiento en la debida diligencia ampliada para los países catalogados con alto riesgo de manejo de armas de destrucción masiva o tengan presencia de grupos terroristas	Bajo
R18	Relacionamientos indebidos con contraparte que ejecuten actividades económicas que puedan considerarse riesgosas en desarrollar, transportar o adquirir armas de destrucción masiva, nucleares, químicas o biológicas.	Bajo

Dando cumplimiento a la normatividad SARLAFT se han desarrollado las siguientes actividades:

- Capacitación al personal de apoyo al cumplimiento de la política y procedimientos del SARLAFT.
- Auditoría a los procesos en los meses de marzo y abril con establecimiento de planes de mejoramiento.
- Actualización anual de datos a empleados, directivos, máximos órganos de gobierno y proveedores.



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

- Verificación en listas de riesgos a empleados, clientes, proveedores – periodo semestral.
- Cumplimiento de los reportes a la UIAF- Unidad de Información y Análisis Financiero. (Periodicidad Mensual).

Buscando un sistema más completo y eficiente la oficial de cumplimiento expuso las propuestas de actividades que están pendiente por desarrollar y atender la norma que las exige:

- *Definición de estrategias para la actualización de datos de empleados:* La actualización se hace en un formulario digital a través de la plataforma IncluCES.

Con corte al 18 de julio de 2022 se tenía una base de datos de 1791 empleados. Más 30% del personal (545 empleados) han actualizado el formulario quedando en estado de ***“Declaración firmada”***. El personal de proyectos representa un 20% (350 empleados) del total del personal activo. No obstante, este personal no tiene la obligación de actualizar ya que no se les asigna correos corporativos.

<i>Estado de actualización de datos</i>	<i># de empleados (incluyendo proyectos)</i>
<i>Declaración conflicto</i>	19
<i>Declaración firmada</i>	545
<i>Declaración PEP</i>	2
<i>En proceso</i>	3
<i>Falta por actualizar datos</i>	1213
<i>Proceso avanzado</i>	9
<i>Total empleados</i>	1791

Para lograr tener mayor cobertura de actualización de datos de los empleados, se hará una campaña masiva donde se envíe el correo con las personas faltantes a cada líder administrativo y decano de facultad y de esta forma lograr mayor porcentaje de cobertura.



Reunión ordinaria

También, se hablará con el área de tecnología de la información para analizar cómo se puede vincular los datos arrojados en incluCES y como se pueden migrar a SAP. Posteriormente, se buscará una reunión con Secretaría General para poder enlazar la información con el módulo de nómina.

Con respecto al formulario de conocimiento del empleado que se realiza al momento de la vinculación, de manera manual ya sea impreso o en pdf, se debe buscar una solución para que pueda quedar vinculado a la base de datos que se maneja desde IncluCES. Ya que se está dejando de obtener esta información inicial que es valiosa para el proceso de segmentación de riesgos.

4. Cumplimiento normativo

La superintendencia de salud ha expedido en los últimos meses tres (3) circulares externas que son de obligatorio cumplimiento para sus vigilados, por tal motivo la universidad tiene la responsabilidad de implementar estos sistemas:

- **SICOF – Subsistema de Administración de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude: CE 20211700000005-5**

Para el mes de septiembre este subsistema debe estar aprobado por el máximo órgano social (Consejo Superior).

A la fecha ya se tienen unas actividades adelantadas:

- Se cuenta con un canal de denuncias: Canal de transparencia.
 - Se han definido nuevas políticas y procedimientos sobre conflictos de interés, complementando el código de ética, buen gobierno y transparencia.
 - Identificación de riesgos sobre fraude, soborno, corrupción y transparencia.
 - Para este sistema se debe definir un código de integridad.
- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE: CE 2022151000000053-5 del 05 de agosto del 2022**



COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

Reunión ordinaria

Esta circular modifica la CE 003 DE 2018. El PTEE debe permitirles a las entidades, prevenir, detectar y corregir situaciones que tengan la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta.

Se debe definir un código de integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que considere relevantes la entidad. Al respecto, este tema fue objeto de conversación, ya que no es coherente que se estén exigiendo incorporar valores que no están dentro de los principios que se definieron desde su fundación.

Este programa debe estar aprobado igualmente por el máximo órgano de la institución. Las entidades vigiladas cuentan con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de la circular.

- **Subsistemas de administración de riesgos en salud: CE 20211700000004-5**

Este requerimiento aplica para riesgos en salud, se trabajará específicamente en las IPS CES (Sabaneta- Almacentro- Poblado) y se articulará con el sistema de gestión integral de riesgos que actualmente desarrolla la Universidad.

Se cuenta con periodos de transición para su implementación:

- Riesgo salud y operacional: 18 meses
- Riesgo actuarial, crédito, liquidez y mercado: 24 meses.

- **SARLAFT/PADM CE 20211700000005-5 actualizó CE009.**

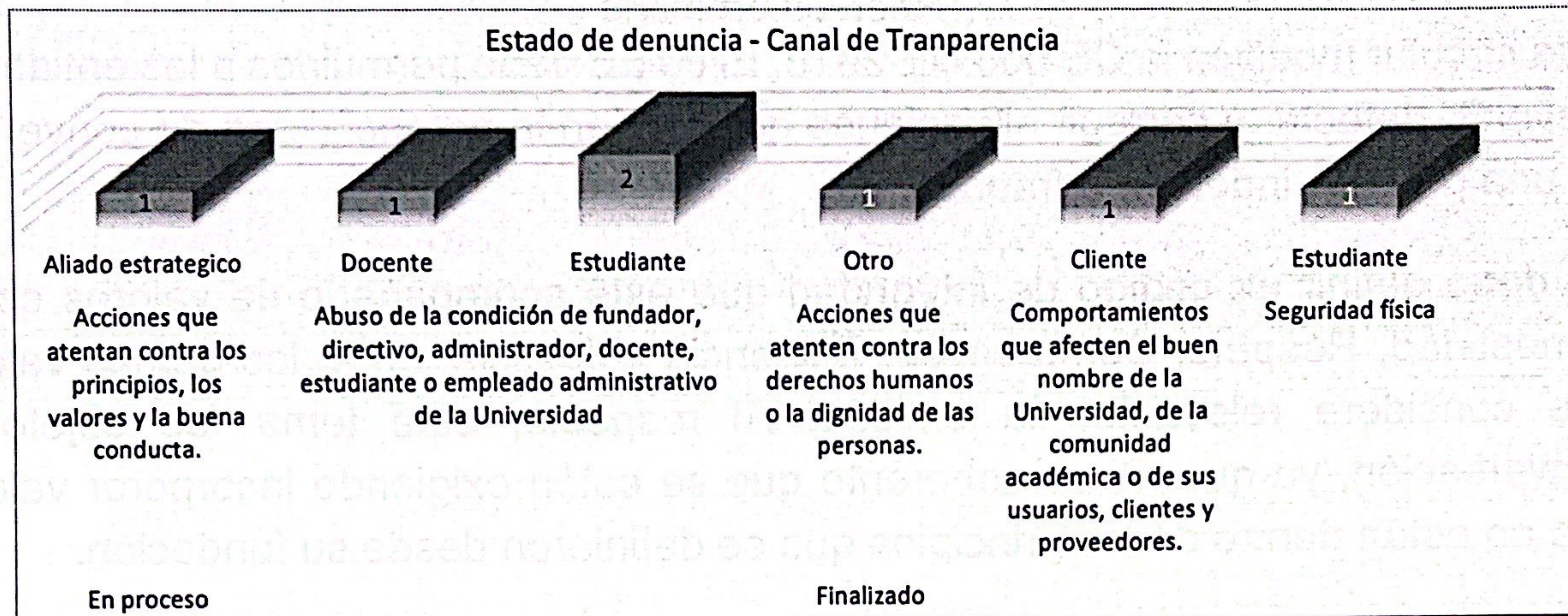
Se hizo ajustes a los procedimientos, formatos, y se identificaron nuevos riesgos asociados a la PDAM. Se dio mayor fuerza en debida diligencia en PEPs, Beneficiario final y segmentación de riesgos

5. Canal de transparencia

A la fecha se han reportado 7 denuncias, 86% ya se encuentran en estado de finalizado.



Reunión ordinaria



Una vez generada la denuncia, se realiza el debido proceso de notificación de acuerdo con las líneas de responsabilidades, en este caso se inicia con Secretaría General con quien se evalúa el reporte y de ahí se despliega la investigación de la denuncia con los responsables del proceso.

Se informó que la universidad no ha recibido casos de denuncia asociados a fraude, corrupción o LAFT.

6. Planes de acción a corto plazo

COMPROMISOS	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Implementar procedimiento de selección, vinculación y evaluación de docentes con los nuevos lineamientos de SARLAFT.	Rectoría Dirección académica Gestión del riesgo	Se hará una presentación desde las áreas de bienestar y gestión del riesgo al Rector y al Director Académico para que con su visto bueno pueda presentarse luego al comité académico.
Taller de riesgos con el equipo estratégico de la Universidad para revisar los riesgos que se tienen evaluados desde direccionamiento estratégico.	Equipo estratégico Gestión del riesgo	Se enviará la citación en los próximos días. El área de gestión del riesgo hará la planeación del taller.
Implementar modelo de gestión de riesgo en proyectos para toda la Universidad CES.	Dirección administrativa y Financiera Gestión del Riesgo	Se hará un acercamiento con la Dirección Administrativa y Financiera para plantearle la propuesta desde la gestión del riesgo.
Plan de Continuidad del Negocio - Plan y manejo de Crisis reputacional: Se incluyó también la parte de ciberseguridad. - DRP Plan de Recuperación de desastres de TI: Trabajo articulado: Riesgos -TI - con el corredor de seguros Delima Marsh en el diseño del plan. - Plan de respuesta a emergencias	Equipo Directivo TI Gestión del Riesgo	Se está trabajando articuladamente con el corredor de seguros Delima Marsh y el área de TI en el diseño del DRP para la Universidad CES



7. Recomendaciones

Por parte de los integrantes del comité se hicieron unas sugerencias para poder fortalecer el trabajo que se realiza desde el tema de gestión del riesgo.

1. Fortalecer el nivel de auditoría que se realiza a los procesos para que de esta manera se pueda evaluar la pertinencia de los riesgos y los controles.
2. Asignarle mayores responsabilidades al Consejo Superior como supervisor del cumplimiento y mitigación de los riesgos y controles.
3. Revisar la pertinencia de realizar dos comités: uno táctico (comité de riesgos actual) y uno estratégico (Consejo Superior) y así mismo aumentar la frecuencia de las reuniones.
4. Definir acciones y propuestas para posteriormente llevar al Consejo Superior sobre:
 - Actualización de datos de los empleados.
 - Implementación de nuevas normativas.
 - Propuesta de fortalecer el área de gestión del riesgo, con la asignación de un recurso humano****

****La Oficial de cumplimiento manifestó ante el comité la importancia de fortalecer el área de gestión del riesgo dado que, actualmente el equipo está conformado por un analista y el oficial de cumplimiento, esto ha permitido cumplir en la actualidad con los requerimientos normativos y lineamientos internos. No obstante, es de resaltar que se han expedido nuevas regulaciones para implementar en la institución, esto requerirá nuevos programas, diseño e implementación de políticas y procedimientos. En menos de un año se han expedido tres (3) normativas que se deben de ejecutar, así mismo se tiene en marcha el sistema de gestión de riesgos, en que también se tiene proyectado unos cambios importantes para mejorar y avanzar a lo que hoy quiere los altos directivos, ser monitores de riesgos en el contexto interno y externo, así como tomar decisiones con prospectiva. La propuesta para analizar con el Rector es la posibilidad de que se sume al equipo de trabajo, un profesional analista con conocimientos y experiencia en sistema de gestión de riesgos o analizar el tema de reasignación de recursos de otras áreas.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

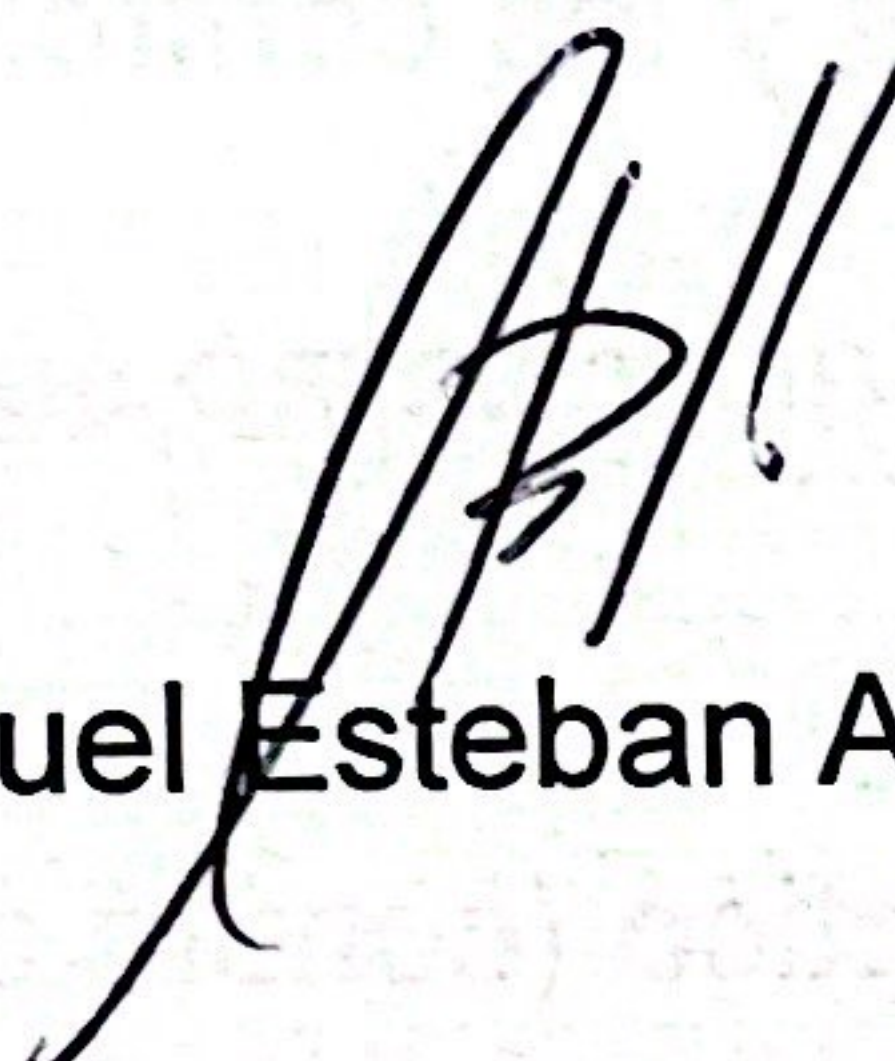
COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO Y SARLAFT

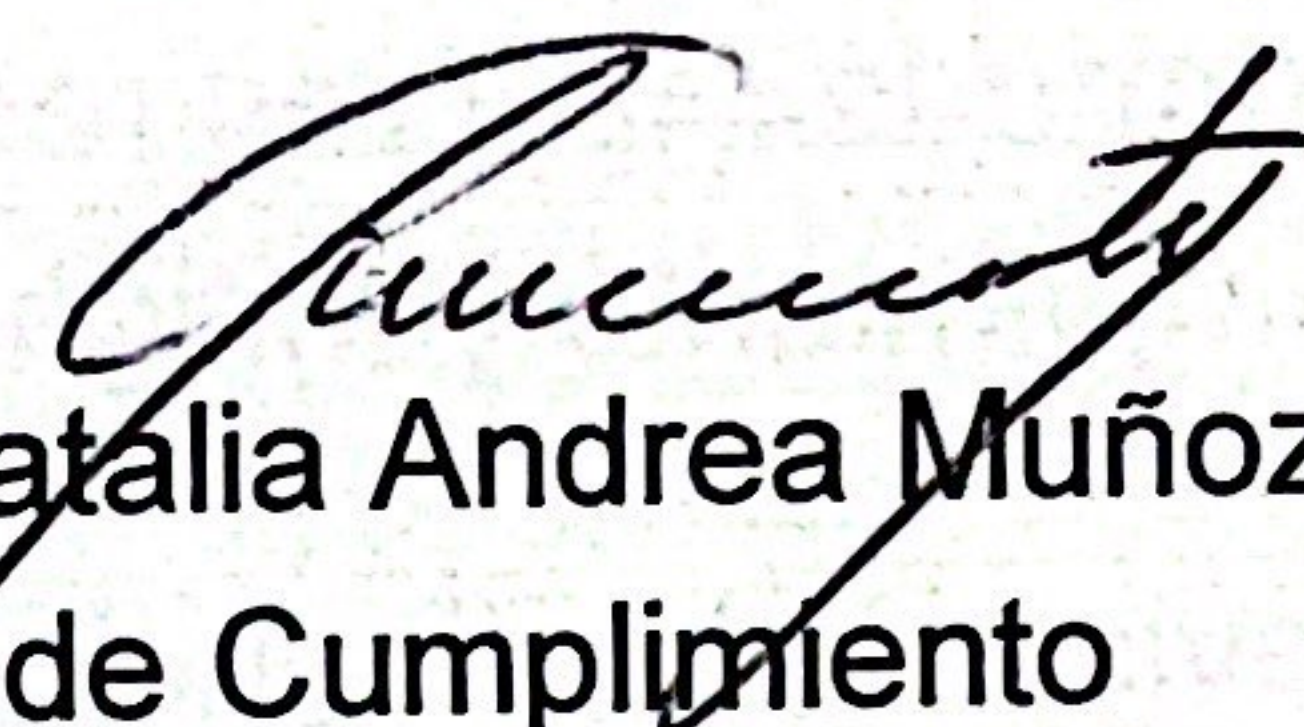
Reunión ordinaria

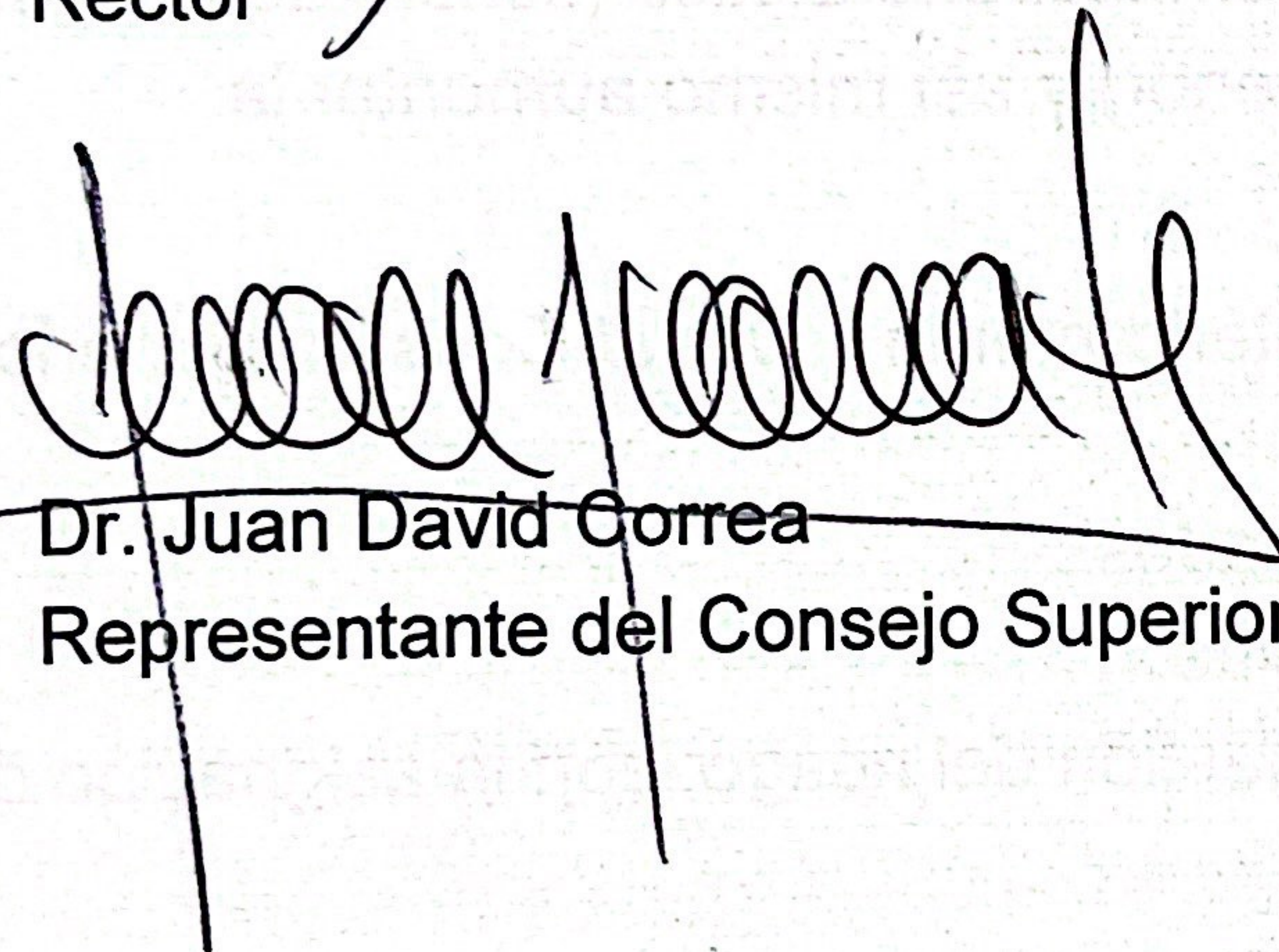
Fin de la reunión

Se da fin a la reunión, siendo las 3:45 p.m.

En constancia de lo anterior, firma el Rector, el Oficial de cumplimiento y el representante del consejo superior


Dr. Manuel Esteban Acevedo Jaramillo
Rector


Dra. Natalia Andrea Muñoz Gil
Oficial de Cumplimiento


Dr. Juan David Correa
Representante del Consejo Superior