



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

INFORME DE GESTIÓN SEMESTRAL

Subsistemas de Administración de Riesgos

- *Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SARLAFT/PADM*
- *Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción Opacidad, Fraude y Soborno-SICOFS*
 - *Programa de Transparencia y Ética Empresarial -PTEE*
- *Riesgos Corporativos (En procesos Administrativos, Estratégico, salud y académicos)*

Oficina de Gestión del Riesgo

Dirigido a: Consejo Superior

Julio 26 de 2023



Medellín, Julio 26 de 2023

Señores
CONSEJO SUPERIOR
Universidad CES.
Medellín

ASUNTO: Informe de gestión semestral “Subsistemas de administración de riesgos”.

OBJETIVO

Reportar al Consejo Superior sobre los avances de la gestión de riesgos corporativos y el seguimiento y monitoreo al cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos.

ALCANCE

En cumplimiento a lo establecido en el marco normativo (ver numeral 1) se deberá hacer seguimiento y monitoreo a los sistemas de administración de riesgos, donde se pueda identificar y corregir las falencias encontradas. La institución determinó que llevaría a cabo el seguimiento y monitoreo del sistema de manera trimestral y se incluiría a las diferentes sedes, áreas y facultades que intervienen directamente en el apoyo a la gestión de riesgos.

El monitoreo al sistema está a cargo del área de gestión del riesgo en cabeza del oficial de cumplimiento quien además de hacer el monitoreo, aprovecha este espacio para reforzar el conocimiento y capacitar a los colaboradores sobre los procedimientos en cada uno de los procesos involucrados y las nuevas actualizaciones del sistema. Así mismo, en el monitoreo se validan que los controles con los que cuenta la entidad sean efectivos, eficientes y oportunos para mitigar estos riesgos.

En el presente informe, se recopilan todas las actividades de cada uno de los procesos involucrados.

MARCO NORMATIVO

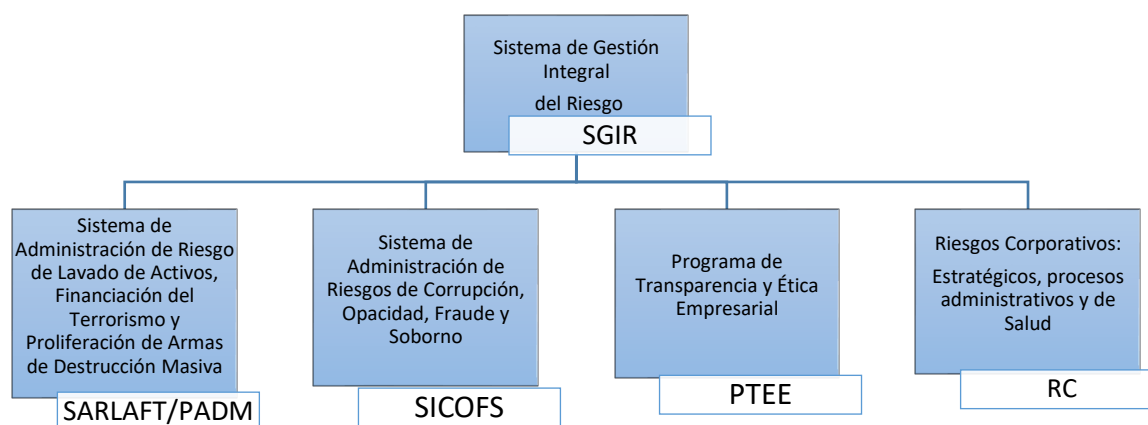
- Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016 Cumplimiento para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Circular Externa 003 Código de Conducta y Buen Gobierno.
- Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre de 2021, Actualización al SARLAFT/PADM, lineamientos para el Sistema de Administración de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF-
- CE 20211700000004-5 de septiembre de 2021 Lineamientos para el sistema de administración de riesgos en salud.
- Circular Externa 2022151000000053-5 de agosto 5 de 2022 Lineamiento para el Programa de Transparencia y Ética Empresarial y CE 003 de 2018 en lo relativo a la Implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno.
- Sistema de Gestión integral del riesgo Universidad CES Acta 774 del 26 de abril de 2023

1. Cumplimiento de actividades conforme a lo establecido por la norma sobre los Subsistemas de Administración de Riesgos

El sistema de gestión integral del riesgo de la Universidad CES, está enfocado en la prevención y mitigación de aquellos factores que hacen que la institución se perciba o puede percibirse afectada para el desarrollo de su objeto misional.

La siguiente figura, muestra los diferentes subsistemas de administración de riesgos que se desarrollan en la universidad y que se enfocará en el cumplimiento de cada una de las actividades y gestiones que realiza la dependencia de Gestión del riesgo.

Figura 1- Sistema de gestión integral del riesgo y sus subsistemas de administración



- Se continúa trabajando en el proyecto de segmentación de riesgo, con un grupo interdisciplinario de la escuela de graduados y el área de gestión del riesgo, con el fin de establecer perfilamiento de los factores de riesgos y analítica de datos.
- En el mes de marzo se reportó al consejo superior, las declaraciones de conflicto de interés realizadas por los órganos directivos y para el mes de mayo el oficial de cumplimiento, envió un informe conceptuando acerca de este reporte y los posibles conflictos de acuerdo con lo establecido en el código de conducta y buen gobierno y actas de reuniones del máximo órgano social normativo.
- Se hizo actualización del curso de conocimientos del SARLAFT, con nuevos módulos sobre temas de Programa de Transparencia -PTEE y Sistemas de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno -SICOFS. Este curso sirve como herramienta de capacitación que brindamos a los empleados de la institución, como requisito normativo de formación a los empleados, generando certificado reconocido y avalados por el CES que sirve de apoyo al currículum del empleado.
- Participación mensual en el comité nacional de oficiales de cumplimiento, con el fin de estar actualizados en temas normativos, guías, y buenas prácticas en materia de riesgos de LAF, SICOFS y PTEE.



- Se mejoró el proceso de Debida Diligencia en lo que respecta al tema de validación y verificación en listas de riesgos, ya que se hizo efectiva la contratación del proveedor DATAFT con la herramienta Inspektor que facilita mayor control del riesgo y validación más amplia de listas tanto nacionales como internacionales, ya que se pueden hacer consultas a más de 370 listas.
- Periódicamente se realizan verificaciones en listas de riesgos a los clientes, proveedores, directivos, empleados y estudiantes de la universidad, cualquier alerta es notificada al área de gestión del riesgo y a los jefes inmediatos asociados al proceso y conjuntamente se analiza el perfil de riesgo.
- Cumplimiento mensual a los reportes de la UIAF- Unidad de Información y Análisis Financiero sobre las transacciones en efectivo y los Reportes de Operaciones Sospechosas - ROS-. Para este primer semestre en los meses de abril y mayo se reportó transacciones en efectivo superiores a 5.000.000 millones de pesos recibidos o pagados en efectivo de clientes o por la Universidad, no se reportó ROS, por lo tanto, se reportó ausencia de la misma.
- El 5 de junio se desarrolló en la sede de sabaneta - IPS Universidad CES con los líderes funcionales de los diferentes procesos asistenciales, la identificación de los riesgos en salud, especialmente en el tema de seguridad del paciente. Se adelantaron acciones como: actualización documental de todo el tema de seguridad del paciente, metodología de riesgos y en la actualización de la matriz de riesgos en salud, proceso que desde el año 2018 no se había actualizado y que es fundamental que este tenga dinamismo y se siga haciendo todo el ciclo general de la gestión del riesgo, desde su identificación, evaluación, análisis y establecimiento de controles. *(ver resultado en el capítulo 2.2.1)*
- Acompañamiento y asesoría al análisis y evaluación de los riesgos asociados a las actividades del CENDES y Consultorio Jurídico, solicitud que realizó la Facultad de Derecho para estas unidades de negocio.
- Durante el mes de junio, se realizaron los monitoreos y seguimientos con todas las dependencias que hacen parte de las diferentes direcciones (Investigación e Innovación, Académica, Administrativa y Financiera, Extensión y Secretaría General), el objetivo de este monitoreo de riesgos para el semestre 2023-I, se enfocó principalmente en revisar, reestructurar, evaluar y fortalecer los controles, de tal manera que se observe la pertinencia, suficiencia, eficacia, efectividad y oportunidad para la prevención y mitigación de los riesgos. De estas reuniones se obtuvo un resultado en el que se establecieron planes de acción. *(ver resultado en el capítulo 2.2.2)*
- En los meses de marzo y abril se visitaron las diferentes áreas y facultades que están involucradas directamente en el proceso de cumplimiento y efectividad de las políticas y procedimientos establecidas para SARLAFT, SICOF y PTEE; este espacio se aprovecha para capacitar y reforzar los conocimientos de los colaboradores que apoyan directamente los subsistemas de riesgos y validar si los controles con los que cuenta la institución son eficientes y oportunos. Se visitaron en total, 13 áreas administrativas y 14 facultades y/o programas. Para este primer monitoreo del año 2023, participaron 74 colaboradores, como se explica en la siguiente tabla de acuerdo con la sede donde laboran.



Tabla 1 Número de personas capacitadas y de monitoreo según su sede

Sede	Número de personas
Apartadó	1
Envigado	2
Poblado	69
Sabaneta	2
Total general	74

- A raíz de las actualizaciones hechas al sistema de gestión de riesgos y en asesoría de la oficina jurídica, se actualizaron las diferentes cláusulas que se incorporan en los convenios, contratos laborales y contractuales, con ello, se busca dar cumplimiento normativo a nuevas exigencias, pero lo más importante proteger a la institución en contrataciones irregulares.
- Para este semestre se retomó nuevamente el proyecto de Plan de Continuidad del Negocio -BCP- con el acompañamiento y asesoría del corredor de Seguros Willis, un proyecto importante dentro de la estrategia institucional en la continuidad del negocio. Se ha avanzado en temas de evaluación de impacto -BIA- de los procesos misionales, estratégicos y de soporte para priorizar procesos y con base en ello, trazar estrategias sobre los recursos críticos estimando tiempos que la Universidad puede tolerar en caso de un incidente severo de interrupción sobre algunas de las actividades misionales. En la evaluación del BIA se tuvo la participación de Rectoría, las facultades, y dependencias estratégicas y de soporte.
- Reuniones de entendimiento y atención a requerimientos a la nueva revisoría fiscal, Price Waterhouse Cooper -PWQ - en temas de gestión de riesgo y de cumplimiento.
- Se actualizó la matriz de riesgos de SARLAFT-PTEE-SICOF, en donde se identificaron riesgos asociados a la corrupción, fraude y soborno. (*ver resultado en el capítulo 2.1*).
- El Consejo Superior en el acta 774 del 26 abril de 2023 aprobó el numeral 2.4 del manual de gestión integral de riesgos para el subsistema de administración de riesgos corporativos (Procesos administrativos, estratégicos y de salud) conforme al cumplimiento de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS.
- Se le compartió al área de gestión del riesgo el nuevo Código de Conducta y Buen Gobierno, el cual se le hizo una revisión y fue compartida nuevamente a la secretaría general y asesora externa de la Cámara de Comercio de Medellín. Este fue aprobado en el mes de junio por la Sala de fundadores, el objetivo de esta actualización se hizo conforme a las normas vigentes que regulan tanto el Ministerio de Educación nacional – MEN, como la Supersalud.
- Respuesta a requerimiento de autodiagnóstico por parte de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el grado de implementación del Código de Conducta y Buen Gobierno (CCBG), los Subsistemas de Administración de Riesgos (que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - SIGR) y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).



1.1 Cumplimiento capacitación del personal

Parte de las actividades inherentes del área de gestión del riesgo, es el proceso de sensibilización y formación a todos los empleados de la Universidad CES. Dentro de los programas y herramientas utilizadas para la formación de los empleados, se tiene las siguientes:

- Inducciones virtuales y presenciales al personal nuevo acerca de la política y procedimientos de Debida Diligencia y sobre el sistema de gestión integral del riesgo.
- Cursos virtuales autogestionables sobre SARLAFT/SICOF//PTEE y curso sobre gestión integral del riesgo.
- Capacitaciones virtuales y presenciales al personal de apoyo a los procesos de Debida Diligencia a los subsistemas de administración de riesgos
- Envío de mailing por correo institucional a todos los empleados en temas de interés asociados a los procesos de gestión integral del riesgo, SARLAFT, PTEE, SICOF y canal de transparencia.

Para este primer semestre de 2023 se han capacitado 150 empleados *Ver Tabla 2.*

Vale la pena resaltar la cobertura que se ha tenido en fomentar la cultura de gestión integral del riesgo y cómo a través de las diferentes herramientas y espacios hemos llegado a los empleados de la institución y en las diferentes sedes. Este proceso de formación inició en el año 2017 y a la fecha se han capacitado 2.786 empleados. *Ver Tabla 2*

Tabla 2- Número de personas capacitadas año 2017-2023

CONSOLIDADO CAPACITACIONES					
Año	Capacitación proceso SARLAFT	Curso de conocimientos sobre el SARLAFT	Curso de gestión Integral del Riesgo	Inducción empleados SARLAFT y Riesgos	Total general
2017	117		322		439
2018	135		73	52	260
2019	123		168	94	385
2020	15		85	155	255
2021	154	389	39	268	850
2022	194	68	0	185	447
2023	74	35	0	41	150
Total general	812	492	687	795	2.786

1.2 Cumplimiento actualización de datos de las contrapartes

En cumplimiento de la norma Circular Externa 000009 de abril de 2016, numeral 5.2.2.2.2. se debe actualizar la base de datos de los empleados y proveedores de la Universidad CES con una periodicidad anual. De acuerdo con lo anterior, se han adelantado acciones para cumplir con este requisito:

Actualización empleados

En el mes de julio se inició con la actualización de datos de empleados que se realiza con una periodicidad anual. A la fecha, han iniciado el proceso de actualización 432 empleados a través de

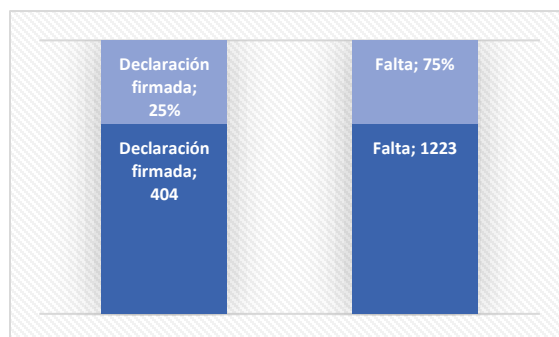


la plataforma IncluCES, de los cuales 404 empleados terminaron el proceso satisfactoriamente (Declaración firmada). Lo anterior, representa el 25% del total de empleados que de acuerdo con la base de datos contamos con total 1.627, incluyendo personal de proyectos y de las diferentes modalidades de contratación que cuenta la Universidad. Para el segundo semestre se continuará desarrollando esta tarea para que cerrando el año 2023 se cumpla con el 75% del personal faltante, ya que debemos cumplir con este requerimiento normativo.

La estrategia para avanzar con este proceso es enviar correos periódicamente recordando este compromiso. Asimismo, enviar correos directos a los líderes de los procesos para dar cuenta como se encuentra cada dependencia o facultad respecto a este requisito.

Tabla 3- Estado del proceso de actualización de datos de los empleados año 2023-I

Declaración firmada	Declaración conflicto	Declaración PEP	En proceso	Proceso avanzado	Falta	Total general
404	15	4	5	4	1195	1627



Actualización proveedores

De acuerdo con la información arrojada en la plataforma IncluCES, para el año 2023-I han ingresado a registrarse como proveedor o actualizar los datos, 402 proveedores, no obstante 317 proveedores cumplieron con el registro completo de firma del formulario. El 21% de los proveedores a la fecha no han completado el registro de vinculación o la actualización de datos de proveedores.

Para el segundo semestre se tiene establecido la estrategia de actualización de datos de los proveedores, esta va a ir enfocada en divulgar la política de Debida Diligencia de contrapartes, a la actualización de datos en la plataforma a través de la herramienta IncluCES y al debido proceso del diligenciamiento.

2. Seguimiento y monitoreo de los riesgos

2.1 Subsistema de SARLAFT/SICOF/PTEE

La revisión periódica de los riesgos es parte esencial de la gestión del riesgo, un seguimiento continuo permite identificar a tiempo las posibles amenazas y oportunidades que se generan y desarrollar medidas de contingencia para mitigar el riesgo.



Anteriormente se tenían 18 riesgos asociados al SARLAFT/PADM. En este semestre se hizo una reevaluación de los riesgos, donde se reformularon nuevamente ya que el sistema cuenta con más de 6 años en funcionamiento y había situaciones que no se tenían contempladas o ya no eran significativas para el SARLAFT, asimismo, entraron en vigencia los demás subsistemas como el SICOF y el PTEE. Por lo tanto, a la matriz de riesgos se le incluyeron riesgos de corrupción, opacidad y Fraude, situaciones de conflictos de interés, entre otros, quedando en total 15 riesgos; de los cuales 1 está en nivel alto, 7 se encuentran en un nivel medio y 7 en niveles bajos.

Tabla 4- Riesgos identificados y evaluados -SARLAFT/PADM -SICOF-PTEE

No.	Descripción del riesgo	Magnitud del riesgo
R1	Vincular una contraparte con omisión de requisitos para favorecer un proceso en particular.	Medio
R2	Infraestructura tecnológica insuficiente que soporte el cumplimiento de las políticas y procedimientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.	Medio
R3	Incumplimiento normativo o de requerimientos por las autoridades externas relacionado con los subsistemas de Administración de Riesgos	Bajo
R4	Permisividad en la contratación de personas naturales y jurídicas que se encuentren vinculados a listas de control de riesgos o tengan antecedentes delictivos. Ej.: Lavado de Activos, Terrorismo, Corrupción, Fraude, opacidad, soborno.	Bajo
R5	Alteración, modificación o manipulación de información o datos de la Universidad, con el propósito de reflejar una situación equivocada o engañosa en los controles internos y externos.	Medio
R6	No contar con un adecuado diseño de Políticas y procedimientos para responder oportunamente a los requerimientos normativos	Medio
R7	Incumplimiento por parte de la comunidad universitaria, de las políticas, procedimientos y directrices institucionales de los subsistemas de Administración de Riesgos	Alto
R8	Robo 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
R9	No contar con las autorizaciones de los entes de control para la compra, recepción y manejo de materiales relacionados con Armas de Destrucción Masiva- ADM.	Bajo
R10	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
R11	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
R12	Relacionamientos indebidos con contrapartes que ejecuten actividades económicas que puedan considerarse riesgosas en desarrollar, transportar o adquirir armas de destrucción masiva (nucleares, químicas o biológicas).	Bajo
R13	Diseñar documentos a la medida para beneficio propio o de un tercero en particular Ej.: Términos de referencia, pliego de condiciones, contratos, cláusulas.	Medio
R14	No declarar situaciones de conflicto de interés, inhabilidades e incompatibilidades u actos que vayan en beneficio propio y/o en detrimento patrimonial de la institución.	Medio
R15	Contratación directa omitiendo el debido proceso de vinculación de acuerdo con las políticas institucionales	Medio

2.2 Subsistema de Riesgos Corporativos

2.2.1 Riesgos en Salud – Seguridad del paciente

A continuación, se presenta el resultado de la identificación y evaluación de los riesgos en salud, enfocado a la seguridad del paciente, actividad realizada con los líderes de los procesos asistenciales de la IPS Universidad CES.

Como compromiso, los líderes funcionales establecerán los controles para cada uno de los riesgos, durante el segundo semestre se convocará a un espacio donde se realice seguimiento y se evalúe el nivel de cumplimiento de los controles propuestos.

Tabla 5- Riesgos en salud identificados y evaluados -IPS Universidad CES

Código	Modos de Fallas (Riesgo) ¿Qué podría pasar?	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NPR Nivel de Priorización de Riesgo	¿Requiere tratamiento?
RSSP-1	Inadecuada prestación de servicios por falta de equipos. Insumos e instrumental	Moderado	Probable	Probable	Medio	Corto Plazo
RSSP-2	Historia clínica con información y registros incompletos	Mayor	Probable	Improbable	Extremo	Inmediato
RSSP-3	Falta de oportunidad en la prestación del servicio	Menor	Casi Seguro	Casi Seguro	Bajo	Mediano Plazo
RSSP-4	Incumplimiento en la promesa de valor por Impuntualidad en la prestación del servicio	Menor	Probable	Casi Seguro	Bajo	Mediano Plazo
RSSP-5	Incorrecta identificación del paciente	Moderado	Improbable	Probable	Medio	Corto Plazo
RSSP-6	Inadecuado diagnóstico del paciente	Moderado	Improbable	Posible	Medio	Corto Plazo
RSSP-7	Falta de pertinencia en el plan de tratamiento	Menor	Improbable	Posible	Medio	Corto Plazo
RSSP-8	Deficiente comunicación entre el paciente y profesional	Menor	Posible	Probable	Medio	Corto Plazo
RSSP-9	Ausencia o mal diligenciamiento del consentimiento informado	Menor	Casi Seguro	Posible	Alto	Inmediato
RSSP-10	Formulación clínica del tratamiento que puede llevar a complicaciones por condiciones particulares e inherentes del paciente	Moderado	Improbable	Posible	Medio	Corto Plazo
RSSP-11	Infecciones derivadas por la atención en salud	Moderado	Improbable	Posible	Medio	Corto Plazo
RSSP-12	Caída desde su propia altura (o de una camilla)	Menor	Improbable	Probable	Bajo	Mediano Plazo
RSSP-13	Paciente o acompañante con estado emocional desbordado y de difícil control.	Mayor	Posible	Probable	Medio	Corto Plazo
RSSP-14	Uso inadecuado de los dispositivos médicos	Menor	Raro	Probable	Bajo	Mediano Plazo
RSSP-15	Problemas relacionados con el uso de medicamentos	Mayor	Raro	Probable	Bajo	Mediano Plazo

2.2.2 Riesgos de procesos administrativos y estratégicos

Como actividad principal para este primer semestre 2023-I, se centró en la evaluación de los controles definidos para cada uno de los riesgos identificados por las diferentes direcciones y sus líderes de procesos.

Como nueva estrategia, se incorporó los riesgos de tipo estratégico que están en cabeza de los directores, rectoría y consejo superior, en el monitoreo y seguimiento de las dependencias administrativas, donde cada área desde sus funciones aportaría a la estrategia en la gestión y control de los riesgos, con el fin de que se aúnen esfuerzos no solo desde la estrategia sino también desde lo táctico y operativo.

Haber recorrido cada una las áreas administrativas en la evaluación de los controles, permitió reconocer de cada uno, las tareas y funciones que desarrollan en su quehacer y hacer visible las acciones y controles que establecen para prevenir y mitigar los riesgos. Este monitoreo se enfocó principalmente en revisar, reestructurar, evaluar y fortalecer los controles, de tal manera que se



observe la pertinencia, suficiencia, eficacia, efectividad y oportunidad para la prevención y mitigación de los riesgos.

A continuación, se muestra los resultados de la evaluación realizada en este primer semestre:

Para realizar la evaluación de los controles definidos por cada una de las dependencias, se diseñó una herramienta de calificación teniendo en cuenta variables como: Relevancia, Pertinencia, Evidencia, Eficacia y Viabilidad. El resultado de evaluación se categoriza de acuerdo con las siguientes escalas de evaluación y dependiendo de su resultado, se establecen planes de acción.

Tabla 6- Descripción de valoración del control

RANGO	DESCRIPCIÓN
100	El control es óptimo, efectivo, eficiente, económicamente viable y ejecutándose adecuadamente.
80	El control está diseñado y ejecutándose adecuadamente, cumple con la mitigación del riesgo. Se debe establecer planes de mejora puntuales dirigidas a su mantenimiento
60	El control cumple parcialmente el objetivo de mitigación del riesgo, el diseño y/o ejecución del control requiere mejoras. Se debe establecer planes de mejoramiento a mediano plazo
40	El control no cumple con las necesidades de mitigación del riesgo, se debe establecer acciones significativas. Se requiere fortalecer o mejorar el diseño y/o ejecución.
20	El control no está diseñado o no se ejecuta, se debe establecer un plan de acción inmediato que fortalezca su diseño y puesta en marcha.

Resultado de evaluación riesgos en procesos administrativos

En la siguiente tabla, se muestra el número de controles que tienen identificados las diferentes áreas administrativas, se tiene un total de 322 controles que tiene la universidad para la mitigación y prevención de los riesgos.

Tabla 7- Número de controles identificados según su dirección

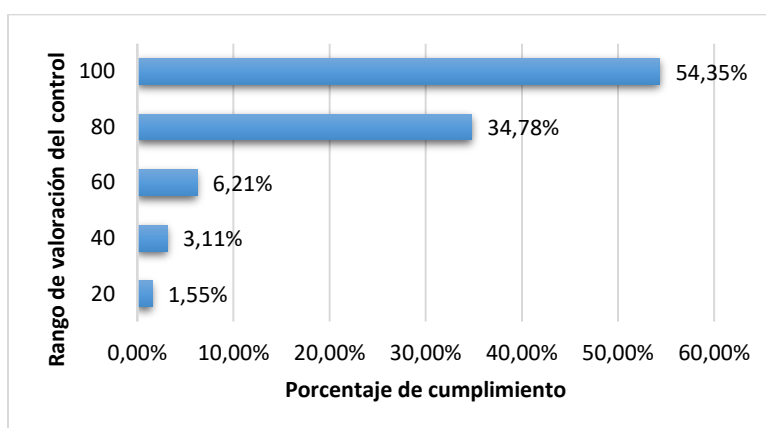
DIRECCIONES EVALUADAS	# DE CONTROLES IDENTIFICADOS
Dirección Académica	80
Dirección Administrativa y Financiera	121
Dirección Investigación e Innovación	51
Rectoría	39
Secretaría General	31
Total general	322

De acuerdo con el resultado de evaluación de los controles, se identificó que de los 322 controles que se tienen definidos, el 89.13% que representan 287 controles en rangos de 80 y 100 de acuerdo con los criterios de evaluación, están evaluados como óptimos, efectivos, eficientes, económicamente viable y ejecutándose adecuadamente, y que para algunos casos se debe establecer planes de mejora dirigidas a su mantenimiento. El 10% restante, que representan 35 controles, si requieren mayor atención dado que cumple parcialmente la finalidad o no cumple el objetivo de mitigación de riesgos, para estos casos con el líder del proceso, necesariamente se establecieron planes de mejoramiento significativos.

Tabla 8- Número de controles distribuidos según su rango de evaluación

DIRECCIONES EVALUADAS	RANGO DE EVALUACIÓN DE CONTROLES					# DE CONTROLES
	20	40	60	80	100	
Dirección Académica	5		5	30	40	80
Dirección Administrativa y Financiera		6	6	44	65	121
Dirección Investigación e Innovación		1	5	17	28	51
Rectoría		2	4	9	24	39
Secretaría General		1		12	18	31
Total general	5	10	20	112	175	322

Figura 2- Porcentaje de calificación del control



Asimismo, se muestra el número de controles que requieren planes de acciones en las diferentes direcciones, esto no solo obedece a mejores para su mantenimiento, sino también controles nuevos que los categorizamos como planes de acción para que se ejecuten en este próximo semestre.

Tabla 9- Direcciones que establecieron planes de acción

DIRECCIONES EVALUADAS	PLAN DE ACCIÓN
Dirección Académica	16
Dirección Administrativa y Financiera	20
Dirección Investigación e Innovación	8
Rectoría	12
Secretaría General	6
Total general	62

Aclaraciones: Para este semestre 2023-I se hizo la primera reunión con la dirección de Extensión y su equipo de trabajo, ya que para este año es una nueva dirección que se involucraría en el ciclo general de la gestión del riesgo, es de aclarar que, en los años anteriores, se tenía en cuenta algunos riesgos de esta área y que pertenecía bajo la dirección de rectoría.

Por lo anterior, fue necesario esta reunión para explicarles toda la metodología de riesgos que maneja la Universidad y de qué forma abordaríamos y haríamos seguimiento de los riesgos, Por lo



tanto, este primer semestre, no muestra análisis de esta dependencia, ya que se estaría identificando y estableciendo los controles pertinentes, para el próximo semestre ya estaría inmersa dentro del proceso de análisis.

Resultado de evaluación riesgos en procesos estratégicos

Para el resultado de evaluación de los riesgos estratégicos y de los subsistemas de riesgos como el SICOF, PTEE, se identificaron 130 controles, como se informó anteriormente, si bien estos riesgos están en cabeza del comité de riesgos (rectoría, directores, gerentes de sedes, consejo superior y gestión del riesgo), las dependencias administrativas sumaron acciones para controlar dichos riesgos con el establecimiento de medidas de tratamiento, dado que en su quehacer y en las acciones que desarrollan le apuntaban a mitigar estos riesgos.

Tabla 10- Número de controles identificados según su dirección

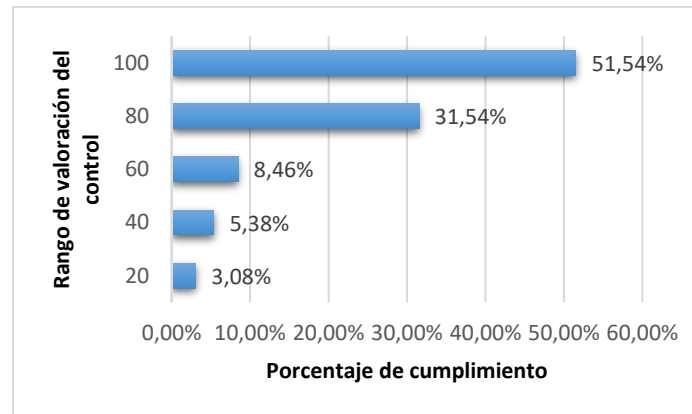
DIRECCIONES EVALUADAS	# DE CONTROLES IDENTIFICADOS
RIESGOS ESTRATÉGICOS	117
Dirección Administrativa y Financiera	47
Rectoría	23
Secretaría General	2
Dirección Académica	28
Dirección Investigación e Innovación	17
RIESGOS SUBSISTEMAS DE RIESGOS	13
Dirección Administrativa y Financiera	10
Secretaría General	3
Total general	130

La evaluación arrojó, que el 83% son controles que están bien estructurados, son óptimos, efectivos, eficientes, económicamente viable y se están ejecutando adecuadamente. Para algunos casos se debe establecer planes de mejora dirigidas al mantenimiento de los controles y mejorar su calificación, el 17% requieren mayor atención dado que cumple parcialmente la finalidad o no cumple el objetivo de mitigación de riesgos, para estos casos con el líder del proceso, necesariamente se establecieron planes de mejoramiento significativos.

Tabla 11- Número de controles distribuidos según su rango de evaluación

DIRECCIONES EVALUADAS	RANGO DE EVALUACIÓN DE CONTROLES					Total general
	20	40	60	80	100	
Dirección Académica	4	2	2	8	12	28
Dirección Administrativa y Financiera		2	3	21	31	57
Dirección Investigación e Innovación			4	4	9	17
Rectoría		3	2	8	10	23
Secretaría General					5	5
Total general	4	7	11	41	67	130

Figura 3- Porcentaje de calificación del control



Como resultados de este análisis, se muestra el número de controles que se establecieron como planes de acción por las diferentes direcciones, los nueve (9) controles, son acciones nuevas que cada dependencia adquirió para ejecutarse en el próximo semestre.

Para el comité de riesgos que se realizará el 24 de agosto, se tiene programado establecer controles propiamente por el comité, ya que hay algunos riesgos que necesariamente los órganos de gobierno deben establecerlos estratégicamente.

Tabla 12- Direcciones que establecieron planes de acción

DIRECCIONES EVALUADAS	PLAN DE ACCIÓN
Dirección Académica	3
Dirección Administrativa y Financiera	6
Dirección de Extensión	
Dirección Investigación e Innovación	
Rectoría	
Secretaría General	
Total general	9

2.3 Planes de acción monitoreo al cumplimiento de los subsistemas de Administración de riesgos

A continuación, se detallan los planes de acción que se han realizado a las dependencias administrativas para fortalecer los procesos y la mitigación de los riesgos. Se detalla su seguimiento con corte al 30 de junio de 2023.

Contraparte: Cliente

Hallazgo

Pagos en diferentes cajas por un cliente/usuario en un mismo día, el sistema actual no permite identificar si el mismo cliente ya superó el valor establecido para la Debida Diligencia. Las diferentes cajas no se intercomunican o no genera una alerta.

Seguimiento



Con las actualizaciones recientes realizadas al sistema, se determinó aumentar el monto y nivelarlo a lo que establece la norma de 5 millones de pesos en efectivo, a partir de ese monto aplica para hacer la debida diligencia. Con este nuevo cambio, se minimiza la transaccionalidad y el fraccionamiento de pagos, así como la omisión del diligenciamiento del formulario. Sin embargo, puede presentarse esta situación, la cual pasaría desapercibida ya que las cajas no tienen comunicación entre ellas, por lo tanto, sigue la abierta esta alerta

Estado

Abierto

Contraparte: Empleado

Hallazgo

Se ha recomendado que la contratación de docentes debe contar con el mismo proceso de vinculación que los empleados administrativos, es decir, que cuenten con el proceso de selección a cargo de Bienestar institucional que hagan un debido proceso de entrevistas, pruebas psicológicas y validaciones de títulos. Aunque, varias facultades se han acogido a estas recomendaciones aún quedan varias facultades que no se han adherido al proceso.

Seguimiento

Se creó un procedimiento que busca estandarizar el proceso de selección, vinculación y evaluación de los docentes. Hay un gran avance del procedimiento, Bienestar Institucional y la dirección académica en cabeza de Desarrollo Docente se reunirán con Secretaría General para el visto bueno correspondiente y pasarlo a Comité Administrativo y poder dejarlo estandarizado a nivel institucional.

Estado

En proceso

Contraparte: Empleado

Hallazgo

Se ha recomendado hacer un perfilamiento de los cargos de los empleados que sean más vulnerables, como lo son los que involucran manejo de dinero y de personal, para que al momento de su contratación se les haga un proceso más completo donde se incluya visitas domiciliarias y polígrafo.

Seguimiento

La oficial de cumplimiento ha hecho la anotación de que se debe de estandarizar el proceso de contratación y determinar que perfil de cargo deben contar con visita domiciliaria o prueba de polígrafo, ya que son cargos sensibles que dentro de sus funciones contemplan el manejo de dinero, llaves y claves de la universidad, como lo son cargos directivos, personal de las áreas de compras, tesorería, tecnología de la información, caja, audiovisuales, vigías. Si bien, se están ejecutando pruebas de polígrafo o visitas domiciliarias en ciertos procesos, aún no está claro y determinado cuales cargos son los que lo deben de tener estas pruebas. Se realizará un acercamiento con el área de desarrollo humano para continuar con este análisis y exponerlo a la alta dirección.

Estado

En proceso

Contraparte: Empleado

Hallazgo

Incumplimiento al debido proceso de selección y vinculación del empleado

Seguimiento

En el monitoreo, se hace un muestreo aleatorio de las contrataciones y vinculaciones realizadas en el periodo de evaluación a las áreas de bienestar institucional y relaciones laborales, se evidenció que hay casos donde no se cuenta con el proceso completo de selección y simplemente se hace la vinculación directa, dejando de realizar, por ejemplo, entrevistas psicológicas y validaciones de seguridad requeridas, siendo un riesgo alto para la entidad saltarse la política interna.

Así mismo, se encontró que en los casos donde fue una promoción interna tampoco se cuenta con la documentación requerida, ni con el proceso completo donde se involucre lo desarrollado en la Debida diligencia tanto para las funciones que desarrolla Bienestar Institucional y relaciones laborales.

Estado

Abierto

Contraparte: Empleado

Hallazgo

La información alojada en IncluCES no se replica a SAP, generando un conflicto en la alineación en estos dos sistemas.



Seguimiento

Se realizó la solicitud al área de tecnología de la información para examinar cómo se puede vincular los datos alojados en IncluCES y como migrarlos a SAP, de tal manera que ambos sistemas queden actualizados en tiempo real y no generar reprocesos de actualización manual en algunos de los dos sistemas. Se solicitó al proveedor EKISA de IncluCES, actualizar nuevamente la propuesta económica para la solución.

Estado

Abierto

Contraparte: Empleado

Hallazgo

Al momento de una vinculación nueva de un empleado, se diligencia el formulario de conocimiento de manera física, haciendo que la información contenida en el documento no esté alojada en una base de datos y quede estática, la dificultad que existe es que no todos los empleados cuentan con usuario y contraseña de SAP que les permita ingresar a IncluCES y diligenciarlo en dicha plataforma, tal como se realiza en el proceso de actualización

Seguimiento

Se solicitó al proveedor EKISA de IncluCES, actualizar nuevamente la propuesta económica para la solución, ya que con ellos ya se tiene un proceso adelantado por lo que puede ser más favorable el ajuste a este proceso.

Estado

Abierto

3 CANAL DE TRANSPARENCIA

La Universidad CES, cuenta con el canal de transparencia como una herramienta importante para que las contrapartes, comunidad o grupos de interés denuncien hechos que vayan en contra de las políticas institucionales, principios y valores y lo relacionado con el Código de Conducta y Buen Gobierno.

Este se encuentra en cabeza de la oficial de cumplimiento, no obstante, la activación del protocolo de investigación está bajo la responsabilidad de Rectoría y Secretaría General.

3.1 Reportes de denuncia a través del canal de transparencia

Para este primer semestre 2023 -I se reportaron dos (2) denuncias:

Tabla 13- Denuncias realizadas a través del canal de Transparencia año 2023-I

Fecha	Dependencia/facultad a la que denuncia	Reportantes	Tipo de denuncia	Estado
10/05/2023	Facultad de medicina	Anónimo	Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas.	Finalizado
26/06/2023	Apoyo Financiero	Estudiante	Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas.	En proceso

A continuación, se muestra la trazabilidad de los reportes a través del canal de transparencia, a la fecha se ha recibido 12 denuncias.

Para cada uno de los reportes se ha activado el debido proceso de recepción, investigación y cierre de la denuncia con los respectivos responsables del proceso.

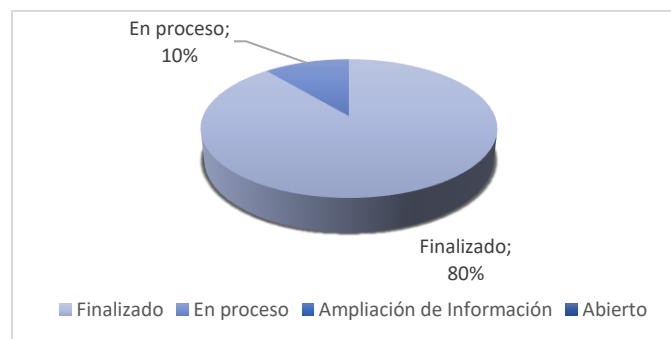
Es de anotar que a la fecha ninguna denuncia formal está asociada a delitos como la corrupción, el fraude y el soborno. Lo que representa tranquilidad y confianza a nuestros grupos de interés.



Tabla 14- Denuncias realizadas a través del Canal de Transparencia año 2020-2023

ID	Fecha	Dependencia/facultad a la que denuncia	Reportantes	Tipo de denuncia	Estado
1	2/06/2020	Áreas que limita la Universidad	Estudiante	Seguridad física	Finalizado
2	20/09/2021	Área de seguridad	Anónimo	Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas.	Finalizado
3	5/11/2021	Centro de idiomas	Estudiante	Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad	Finalizado
4	3/03/2022	Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia	Docente	Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad	Finalizado
5	4/03/2022	Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia	Estudiante	Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad	Finalizado
6	14/06/2022	Gimnasio	Cliente	Comportamientos que afecten el buen nombre de la Universidad, de la comunidad académica o de sus usuarios, clientes y proveedores.	Finalizado
7	8/07/2022	Facultad Ciencias de la Nutrición y los Alimentos	Aliado estratégico	Acciones que atentan contra los principios, los valores y la buena conducta.	Finalizado
8	29/09/2022	Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia	Estudiante	Conductas de acoso laboral, violencia sexual y discriminación de género.	Finalizado
9	12/10/2022	Tecnología en Atención Prehospitalaria - TAPH	Docente	Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas	Finalizado
10	16/11/2022	Facultad de medicina Veterinaria y Zootecnia	Estudiante	Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad	Finalizado
11	10/05/2023	Facultad de Medicina	Anónimo	Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas.	Finalizado
12	26/06/2023	Apoyo financiero	Estudiante	Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas.	En proceso

Figura 4- Estado de las denuncias





4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Para el semestre 2023-II en el monitoreo y seguimiento a los subsistemas de administración de riesgos y en especial a los riesgos corporativos, se focalizará en revisar riesgos de tipo actuarial, crédito, liquidez y mercado de capitales, que según lo señalado en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 por la Supersalud, debe estar listo en septiembre de 2023. No obstante, ya se había iniciado este proceso de identificación de riesgos con los líderes de procesos, especialmente en la Dirección Administrativa y Financiera y su diseño y estructura ya se encuentra aprobado por el consejo superior en acta No. 774 del 26 de abril de 2023.
- Poner en conocimiento al consejo superior, si la nueva revisoría fiscal evaluará el cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos como se venía ejecutando de manera semestral por la anterior revisoría fiscal, esto en cumplimiento de la política de riesgos o se cambiaría a periodicidad anual conforme lo establece la normatividad vigente.
- Se hace un llamado al consejo superior y las direcciones de la institución, a que haya mejor y mayor comunicación o línea directa con la dependencia de gestión del, ya que al ser esta un área transversal y de acuerdo a sus funciones asesora a la institución en la prevención y mitigación de los riesgos, se debería tener mayor comprensión de las situaciones actuales de la institución y conocer las diferentes preocupaciones que tienen los máximos órganos de la institución, a fin de tener una mirada holística y de apoyo a la estrategia de la Universidad CES.
- Para el segundo semestre el área de gestión del riesgo trabajará en la unificación de las matrices de riesgos, este proceso ha tenido una evolución importante respecto a su gestión y monitoreo de los riesgos. Antes, se trabajaba con cada una de las dependencias administrativas en el monitoreo y seguimiento, posteriormente se migró a que los directores fueran los responsables de los riesgos apoyándose en los líderes administrativos, ahora el proyecto es trabajar en la gestión de riesgos por procesos, es decir, construir un mapa de riesgos general y que cada una de las direcciones con su equipo de trabajo le apunten en el establecimiento de controles para abordar cada riesgo y de esa manera aunar esfuerzos para que desde sus funciones se trabaje en la prevención y mitigación de los riesgos tanto estratégicos como tácticos.
- Se avanza satisfactoriamente en el proyecto del Plan de Continuidad del Negocio. De acuerdo con el programa establecido con el corredor de seguros, se espera tenerlo listo en el mes de noviembre 2023. Hemos avanzado en la evaluación de riesgos de impacto BIA, de los diferentes procesos y actividades misionales de la institución

La oficina de Gestión del Riesgo se encuentra atenta para aclarar las inquietudes que surjan a raíz de este informe.

Cordialmente;

Natalia Andrea Muñoz Gil
Oficial de Cumplimiento
UNIVERSIDAD CES