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

Diciembre 06 de 2023

Medellín, diciembre 06 de 2023

Señores
Consejo Superior
Doctor
Julián Gaviria Arango
Presidente Consejo Superior
Universidad CES
Medellín

ASUNTO: ***Informe de gestión semestral "Subsistemas de administración de riesgos".***

Estimado doctor Gaviria:

La universidad CES contempla varios subsistemas de administración de riesgos que se hace fundamental trabajar en el monitoreo y seguimiento de los mismos, en cumplimiento del marco normativo y lineamientos institucionales

Estos subsistemas de riesgos hacen referencia a: Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- SARLAFT/PADM, Sistemas de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno -SICOFS- Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, y Riesgos corporativos.

En ese sentido, la Universidad CES, cumple con las normatividades vigentes sobre estos subsistemas de riesgos tales como: Circular Externa 000009 de abril de 2016 sobre la Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, actualizada con la Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre de 2021 – SICOF- y Circular Externa 2022151000000053-5 de agosto 5 de 2022 para el PTEE y Circular externa Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos. Asimismo, la Universidad CES ha adoptado los mecanismos de control necesarios para diseñar buenas prácticas de gestión del riesgo, aplicado a los procesos académicos, administrativos y estratégicos de la Universidad CES.

El control interno es un tema de gran relevancia para la institución, y es por ello que se han focalizado esfuerzos desde la alta dirección para que se trabaje en un ambiente de control desde cada una de las dependencias administrativas y academicas, y en función de ello, se tuvieron las siguientes actividades principales durante el año 2023:

- Como oficial de cumplimiento y líder del sistema de gestión del riesgo, las principales actividades del año 2023 fue centrar su monitoreo y seguimiento, en la evaluación de controles definidos en cada uno de los procesos de la institución, pero lo más importante en cada uno de los riesgos identificados por las diferentes direcciones y sus lideres de procesos.

- La Revisoría fiscal hizo un diagnóstico de control interno – Auditoria año 2023, evaluando áreas de control financiero, de Tecnología de la Información, control administrativo y de nómina.

- Consultoría externa para realizar un diagnóstico al sistema de control interno de la Universidad desarrollado entre el 22 de agosto y el 30 de septiembre de 2023 donde el área de gestión de riesgos acompañó en el proceso y este arrojo un informe sobre su estado de

madurez y una serie de recomendaciones para que sean evaluadas y consideradas en el camino hacia el fortalecimiento del sistema de control interno de la Universidad.

El presente informe mostrará las actividades desarrolladas en este segundo semestre y las recomendaciones impartidas en materia de gestión de riesgo a las dependencias evaluadas y al Consejo Superior, asimismo se mostrará los resultados de las evaluaciones realizadas a los controles de acuerdo con el seguimiento y acciones realizadas por cada una de las áreas.

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

Atentamente,

Natalia Andrea Muñoz Gil
Oficial de Cumplimiento
UNIVERSIDAD CES
nmunoz@ces.edu.co

1. Actividades desarrolladas en el segundo semestre año 2023

1.1 Actividades de tipo normativo

- En el mes de septiembre de 2023 se realizó evaluación por parte de la revisoría Fiscal sobre el diagnostico al diseño del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de Activos y Financiación de Terrorismo y Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, como parte de las responsabilidades establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, este fue entregado directamente al Consejo Superior y Sala de Fundadores:

  Alcance: Realizar una evaluación al Manual del SARLAFT de la Universidad frente a lo estipulado por la Superintendencia Nacional de Salud, Circular Externa 000009 de 2016, lo cual permite identificar si los requerimientos regulatorios si se cumplen, si están documentados y contemplados

  Se enfocó solo en el diseño del sistema y no en la implementación de las políticas y procedentes, ejecución de controles y de actividades enmarcadas en el sistema.

  Nivel de cumplimiento: Se evaluaron 68 criterios : 97% cumple "*Existe un proceso monitoreado, evaluado y ejecutándose según estándar, se ha realizado rigurosamente y está definido en detalle*" y el 3% con oportunidades de mejoras *"El atributo se encuentra diseñado e implementado, pero no está adecuadamente documentado o se identifica algunas oportunidades de mejora"*

Tabla 1 – Oportunidades de mejora al manual del sistema de gestión integral del riesgo

Oportunidades de mejora (revisoría Fiscal)	Planes de acción (Gestión del riesgo)	Avance de implementación y fecha
Aunque la Matriz de riesgos y el manual incluye medidas para el tratamiento del riesgo/controles; los mismos no se encuentran caracterizados y documentados de tal manera que se pueda evidenciar la trazabilidad completa; es decir no es posible identificador responsables, evidencias, plazos, y formas de ejecución	Se actualizará la matriz de riesgos, así como el manual documentando las características de los controles tales como responsables, evidencias, formas de ejecución, etc.	Para este año como estrategia se trabajó en el fortalecimiento de los controles del sistema de gestión integral de riesgo, por lo tanto, se documentó en el manual la metodología adoptada y ya se encuentra en marcha **Estado: Cumplido**
Si bien, la Universidad establece el riesgo residual como las medidas de control establecidas para al mismo, no identificamos la documentación metodológica aplicada para llegar a esta valoración. Se sugiere a la Universidad, incluir revisiones periódicas el riesgo inherente, así como documentar la metodología actualmente implementada para la evaluación y seguimiento del riesgo	Se documentará la metodología implementada actualmente para la definición, seguimiento y monitoreo tanto del riesgo inherente como residual	Se está documentando en el manual de riesgos el proceso de evaluación que tiene definido la Universidad de acuerdo con la guía definida, si bien nuestra metodología no contempla evaluación del riesgo inherente (Sin controles), sino que se basa en evaluación del riesgo residual (Con controles), si hacemos corte cada año de como cerro la calificación del riesgo y sobre ello se trabaja al siguiente año **Estado: En proceso, se dejará documentado en diciembre de 2023**
Si bien, le manual actual de la Universidad define variables establecidas para cada proceso de segmentación de los factores de	Se definiría y se documentará la metodología de	Se está trabajando con un grupo interdisciplinario de la escuela de graduados, con el fin de establecer perfilamiento de los

riesgos, no se identifica la documentación de la metodología definida e implementada para dicho proceso	segmentación establecida por la universidad	factores de riesgos y analítica de datos, y la metodología que se trabajará, una vez tengamos el modelo que se va a utilizar, se iniciará a documentar en el manual de riesgos **Estado: En proceso, se dejará documentado en el primer trimestre 2024**

- ***Capacitación a empleados**:* Como parte de las actividades de cumplimiento normativo, se debe establecer estrategias de capacitación, inducción y fomentar la cultura en gestión de riesgos y para ello, se han desarrollado acciones que, como resultado, se evidencia un proceso satisfactorio, Desde la creación del área, se ha hecho un esfuerzo grande en procesos de capacitación y formación en las diferentes temáticas que se han utilizado para fomentar la cultura en gestión de riesgos que desde el año 2017 a la fecha tenemos una cobertura de 3.206 empleados y para este año puntualmente se tiene una cobertura de 570 empleados- ***Ver tabla consolidado procesos de formación***

    - 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 institucional y requisito normativo.

    - 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 de la Universidad CES.

    - 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, conflictos de interés, política de gestión del riesgo

Tabla 2 – Consolidado procesos de formación

CONSOLIDADO PROCESOS DE FORMACIÓN						
Año	**Capacitación proceso SARLAFT**	**Curso de conocimientos sobre el SARLAFT**	**Curso de Generalidades del SICOF y PTEE**	**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	146	80	98	0	246	570
Total general	**884**	**537**	**98**	**687**	**1000**	**3.206**

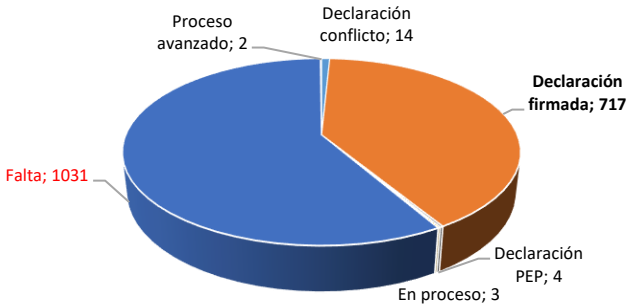
- ***Actualización de datos de las contrapartes:*** Cumplimiento de la Circular Externa 000009 de abril de 2016, numeral 5.2.2.2.2. se debe actualizar los datos de los empleados y proveedores de la Universidad CES con una periodicidad anual

Actualización empleados:

Para el año 2023 se desarrollaron varias estrategias para que los empleados de la Universidad CES actualicen los datos anualmente, una de ellas es la invitación general por correo electrónico enviado por el rector de la institución, asimismo, se han enviado correos directos a los lideres de procesos para dar cuenta que personal no ha cumplido con este requisito y por último, correos periódicos desde la gestión del riesgo.

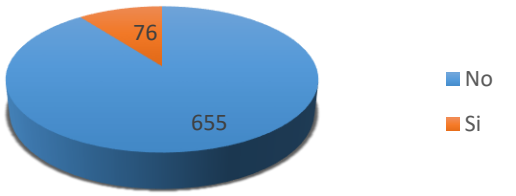
Con corte a octubre del 2023 se tiene que, a través de la plataforma IncluCES han iniciado el proceso de actualización 740 empleados, en esta revisión se excluye personal de proyectos, sin embargo, solo 717 terminaron el proceso completo (declaración firmada), los demás están a mitad del proceso en los diferentes estados.
Por su parte, hay un número significativo de empleados que no han atendido a este requerimiento, casi 1000 empleados están pendientes de realizar la actualización de datos.
Junto con la alta dirección se debe definir que estrategias se avalan para que se pueda abarcar una muestra significativa, se recomienda que este proceso este ligado a un tema de incentivos, o como es de control normativo se gestione junto con secretaria general desde lo normativo.

Gráfico 1 – Actualización de datos de los empleados año 2023



Uno de los datos de interés para analizar en la actualización, es el reporte de declaración de conflictos de interés, uno de ellos, es la declaración de familiares o parientes hasta cuarto grado de consanguinidad, afinidad y civil que laboran en la universidad, en esta categoría reportaron 76 empleados. Hay otras categorías que se declaran en la actualización, como: ser proveedor de la Universidad, ser dueño, socio, representante legal de una empresa que tenga relación con la universidad. Esta información al corte de este informe está en depuración y estudio, una vez se tenga la base datos confiable, se enviará un informe de los casos que amerite mayor claridad y que no represente riesgo para la institución.

Gráfico 2 – Empleados que declararon familiares y parientes que laboran en la universidad CES



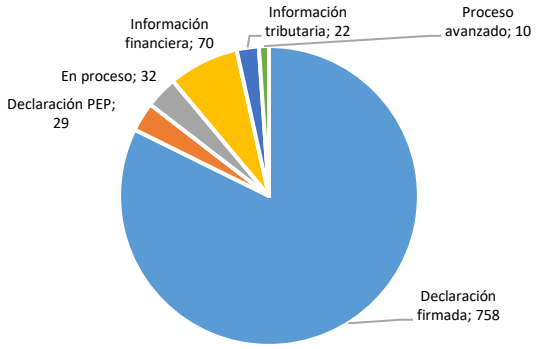
Actualización proveedores

A través de la herramienta de IncluCES, como único medio de vinculación y actualización de datos de proveedores, para este año 2023, se tiene que 921 proveedores se han vinculado y han actualizado los datos, no obstante, solo 758, tiene el proceso completo, tanto de validación como de aceptación por el área de contabilidad, 163 proveedores tienen el proceso incompleto. Parte de las causas y es posible que en su mayoría de los casos se haya porque porque no se perfeccionó el relacionamiento por las partes y también es posible que se de por temas internos de la Gestion administrativa.

Como acción de mejora a este proceso, se conversará con el área de Tecnología de la información para revisar estrategias, en función del aplicativo, y también se desarrollará una capacitación con las asistentes y el área de compras para revisar aspectos de Gestion administrativa con el fin de que los procesos culminen satisfactoriamente.

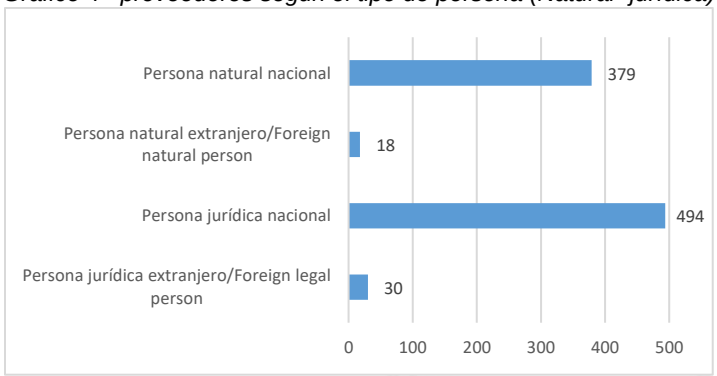
En el mes de septiembre se envió email a todos los proveedores de la institución tanto personas naturales y jurídicas la invitación a la actualización de datos, esta fue enfocada en divulgar la política de Debida Diligencia de contrapartes, a la actualización de datos en la plataforma a través de la herramienta IncluCES y al debido proceso del diligenciamiento.

Gráfico 3 – Actualización de datos de los proveedores - año 2023



En la siguiente gráfica, se muestra que, en la mayoría de los procesos de vinculación y actualización, son con personas jurídicas nacionales, le sigue personas naturales nacionales.

Gráfico 4 –proveedores según el tipo de persona (Natural- jurídica)



- Atención a requerimientos de autoridades de la Subintendencia Nacional de salud y la UIAF – Unidad de Información y Análisis Financiero en materia de gestión de riesgos:

    - *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).*
    - *Evaluación Nacional de riesgos realizada por la UIAF*
    - *Autoevaluación del cumplimiento del Código de Conducta y Buen Gobierno*

2. Seguimiento al Control interno de la Universidad CES

2.1 Diagnóstico del sistema de control interno realizado por consultoría externa

- Se dio acompañamiento a la Consultoría externa realizada por Martha Cecilia Arroyave López, líder experta en gestión del riesgo, continuidad del negocio, y control corporativo, con el fin de desarrollar un diagnóstico al sistema de control interno de la Universidad CES, que se realizó entre el 22 de agosto y el 30 de septiembre de 2023. Como producto, se entregó a la Administración, un informe con una hoja de ruta y recomendaciones para aplicar en la institución en los procesos que fueron evaluados.

  El objetivo de este Diagnóstico es la evaluación del ambiente de control, la administración del proceso de la gestión de riesgos, las actividades de control, el monitoreo y comunicación y las buenas prácticas de gobierno corporativo en procesos clave administrativos y financieros.

  La oficina de gestión del riesgo acompaño este proceso de evaluación de control interno, definiendo un plan de trabajo para revisar con las áreas que fueron entrevistas, los planes de mejoramiento, la pertinencia de los mismos, su priorización, avance y fecha en las que se haría seguimiento para el cumplimiento de estos.

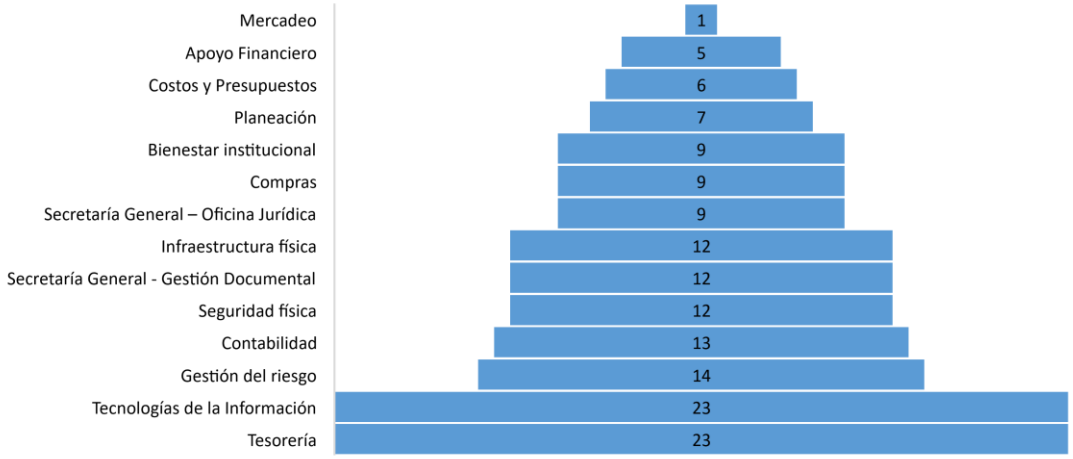
  El día 2 de octubre en comité de riesgos se realizó la socialización del informe entregado por la consultora, en el que participaron los Directivos, Rector, Secretaria General y un representante del Consejo Superior.

  A continuación, se muestra los resultados del seguimiento que se hizo con cada una de las áreas sobre la aplicación del control interno en cada uno de los procesos.

  En total fueron 155 recomendaciones realizada por la consultora para el mejoramiento del Sistema de control interno -SCI en la institución, de acuerdo con los criterios de evaluación muestra que el SCI de la Universidad, *es poco efectivo y que se encuentra en un estado intuitivo*, y *ambiente de control débil.*

  A continuación, se detallan las áreas que fueron de interés para realizar el diagnóstico y nivel de madurez de la institución frente al tema de control interno.

Gráfico 5 – Dependencias responsables Vs Nro. de recomendaciones para el SCI

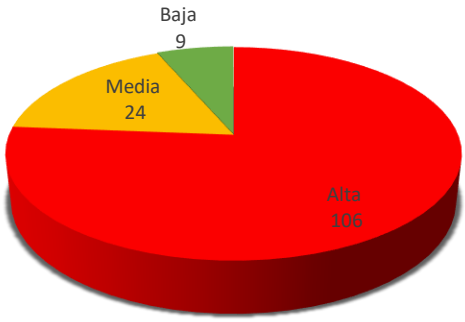


De acuerdo con el resultado de evaluación, se debe abordar con prioridad las siguientes áreas:

- ***Tesorería:*** Estructura, delimitación de responsabilidades, accesos y privilegios, segregación de funciones, adecuación del control. (Ver recomendaciones detalladas para el área)
- ***Tecnologías de la Información:*** Estructura y gestión del talento, capacidades y recursos para gestionar obsolescencia y actualización de versionamiento (SAP, Vertical académica, IPS, CVZ).
- ***Negocios:*** Recoger las áreas de negocio y concesionarios bajo una jefatura que dependa de la Dirección Administrativa y Financiera.
- Intervenir a la estructura organizacional.
- Formalizar, actualizar y divulgar la Jerarquía normativa y la normatividad interna de la Institución.

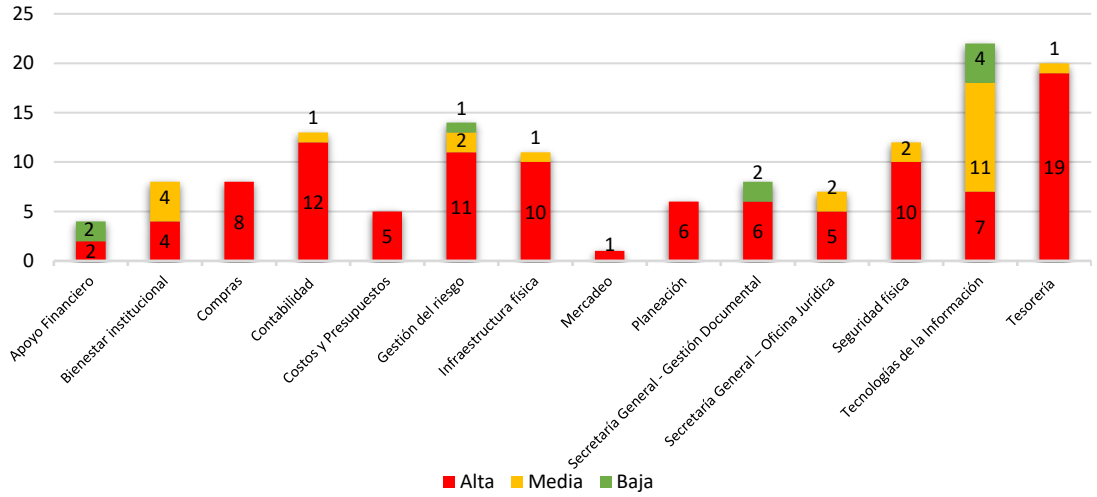
El área de gestión del riesgo junto con el líder del proceso evaluaron cada una de las recomendaciones con el fin de definir su intervención, encontrando que a nivel general hay una buena recepción para iniciar las acciones en cada uno de sus procesos, como resultado se aplicaran 139 medidas de las cuales 106 se abordaran con alta prioridad (menor a 6 meses) ya que su implementación genera alto impacto y es de gran relevancia para los objetivos estratégicos y de los procesos de la dependencia.

Gráfico 6 - Número de medidas de acuerdo con nivel de priorización



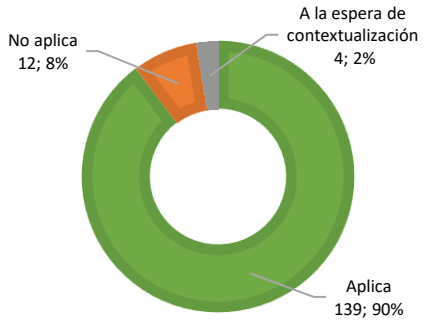
A continuación, se muestra la priorización que le dio cada dependencia para su intervención de acuerdo con su importancia y el nivel de interés que le aporta al mejoramiento de la estrategia institucional pero principalmente al proceso.

Gráfico 7 - Número de planes de acción según su prioridad y área



Por su parte, también se revisó qué medidas se van a aplicar y cuales medidas no, ya que no todas las recomendaciones por la naturaleza de la institución y el modo de operación no se podría implementar.
También, hay recomendaciones que requieren de mayor contextualización de la experta, para este, se establecerá una reunión para mayor claridad.

Gráfico 8 - Número de planes Vs pertinencia de aplicación



De acuerdo con la estrategia definida por la gestión del riesgo, trimestralmente se hará un seguimiento de las medias adoptadas de acuerdo con las fechas de implementación establecidas por el líder del proceso. Este proceso iniciará en el año 2024 y su primera revisión dará lugar en marzo del 2024.

Como la Universidad aun no cuenta en su estructura organizacional con un área específica en auditorias o control interno, el área de gestión del riesgo, vinculará dentro de su proceso de monitoreo y seguimiento de los riesgos, no solo el seguimiento a los controles que se establezcan para la mitigación y prevención de los riesgos, sino también de los que surjan como medidas de acción realizadas por entes externos y por la revisoría fiscal.

Asimismo, para el año 2024 se presupuestó la realización de 2 auditorías al año basadas en riesgos, con el fin de fortalecer el SCI en los distintos procesos y de las áreas.

2.2 Diagnóstico de control interno por revisoría fiscal

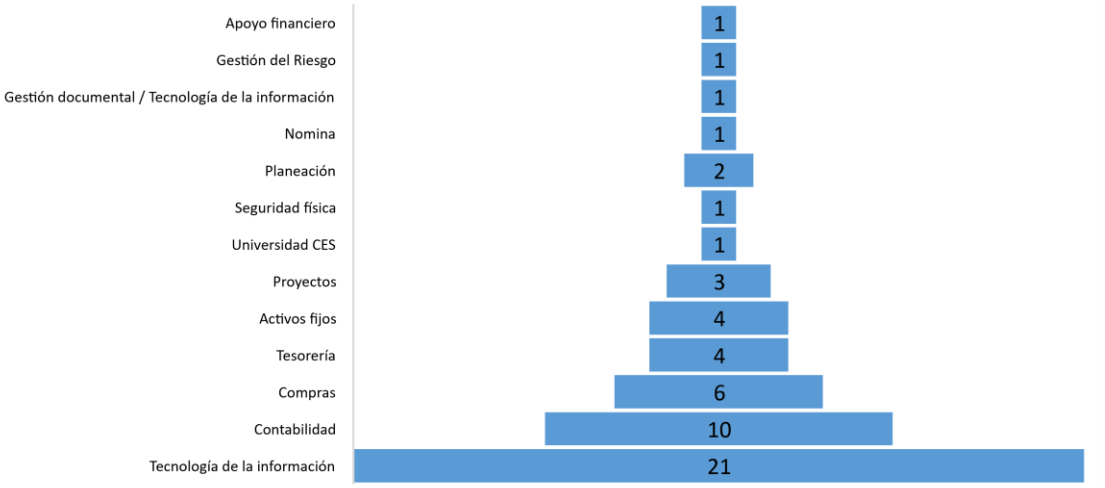
La Revisoría fiscal en el mes de septiembre, entregó un informe a la sala de fundadores donde se detallan las debilidades de los controles en cada una de las áreas auditadas, las recomendaciones sugeridas y el plan de acción establecido por la Universidad.

El 22 de noviembre de 2023, se realizó una reunión de seguimiento con las áreas implicadas, las gerencias de las sedes y la revisoría fiscal, en el que se hizo seguimiento a los planes de acción que estableció la Universidad para atender las oportunidades de mejora. El área de gestión de riesgos estableció en su estrategia de monitoreo y seguimiento a estos planes, con el fin de atender y mejorar los procesos que se encuentran con debilidades en controles en algunos procesos.

En total fueron 56 oportunidades de mejoras que fueron recomendados por este ente de control, de los cuales 21 corresponden al área de Tecnología de la Información y 35 se identificaron para algunos procesos puntuales, de tipo administrativo y financiero

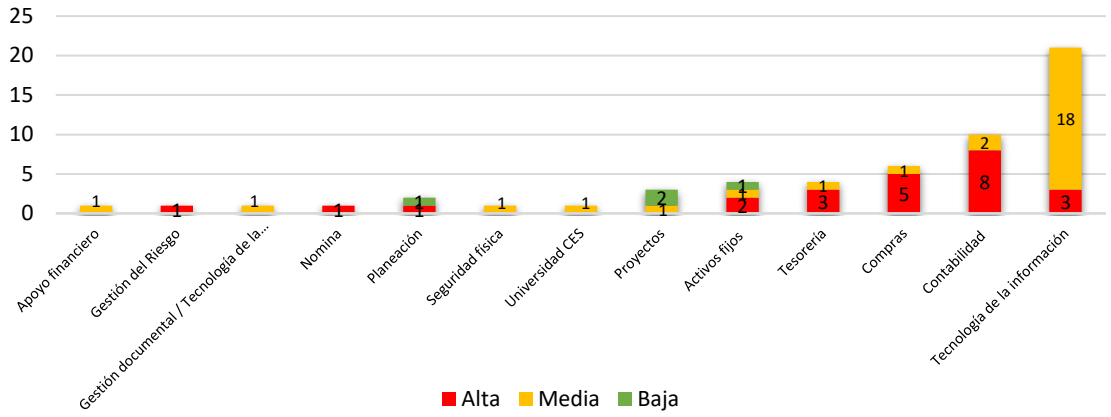
A continuación, se muestra las áreas auditadas el número de planes de acción que se deben atender.

Gráfico 9 – Dependencias responsables Vs Nro. de recomendaciones por Revisoría fiscal



Se evaluaron cada una de las recomendaciones de la revisoría fiscal y cada líder definió su prioridad, evidenciando que para el año 2024, se intervendrán la mayoría de ellas con prioridad media y alta, con 28 y 24 medidas respectivamente, solo 4 medidas de las 56 establecidas se atenderán con prioridad baja. La definición de las prioridades no solo está dada, por la importancia de atender las recomendaciones, sino por el tiempo de su atención, es decir, la prioridad baja esta descrita como una recomendación que puede atenderse hasta en un plazo de un (1) año, aportando igualmente gran importancia a los objetivos estratégicos y del proceso.

Gráfico 10 - Número de medidas de acuerdo con su nivel de priorización



3. Actividades de gestión para los subsistemas de administración de riesgos

- La gestión del riesgo se encuentra liderando 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

  Estas son las dependencias prioritarias en los que iniciamos la activación del BCP. se escogieron 6 proceso prioritarios de acuerdo con la evaluación de impacto al negocio-BIA.

  - Gestión financiera
  - Gestión Administrativa
  - Infraestructura
  - Tecnologías de la Información
  - Laboratorios
  - Facultad de Medicina

  El objetivo para el año 2024 es lograr replicar esta metodología y estrategias para todos los procesos de la Universidad.

  Se ha avanzado en las siguientes actividades del proyecto BCP, este proyecto finaliza en la segunda semana de diciembre de 2023, en el que se formalizará al Rector la entrega de este proyecto una vez se retomen las labores en enero 2024

  - *Evaluación de impacto -BIA- de los procesos misionales, estratégicos y de soporte para priorizar procesos*
  - *Inspeccion de riesgos por parte de Willis*
  - *Entrevista con los lideres de los procesos prioritarios para recursos mínimos de recuperación*
  - *Entrevista lideres para la definición de estrategias de los Recurso Mínimos de Recuperación*
  - *Validación y prueba de escritorio a los 6 procesos prioritarios del plan de continuidad del negocio -BCP*

- Acompañamiento como parte integral del equipo del proyecto de transformación digital, en el que se participa en actividades estratégicas para avanzar en el mismo, también junto con

el consultor semanalmente se realiza análisis de los riesgos del proyecto, con el fin de establecer estratégicas de mitigación y prevención de riesgo y transmitirlo a los Sponsors y al equipo base del proyecto

- Para el segundo semestre no se reportó a las autoridades competentes, actividades de operaciones sospechosas, inusuales, ni coincidencias en listas, ni coincidencias en medios de comunicación masivo. Se reportó las transacciones en efectivo superiores a 5.000.000 millones de pesos recibidos o pagados por los clientes.

- Durante el mes de noviembre se realizaron los monitoreos y seguimientos con todas las dependencias que hacen parte de las diferentes direcciones (Rectoría, Investigación e Innovación, Académica, Administrativa y Financiera, Extensión y Secretaria General) el monitoreo se enfocó principalmente en revisar y evaluar el cumplimiento de los controles propuestos.

- El 20 de noviembre se inició la consultoría con expertos en analítica de datos en modelos de riesgos financieros para la evaluación, medición, proyecciones y generación de alertas tempranas. La propuesta es para implementarla en las 3 sedes (Poblado, Sabaneta y CVZ). Se dio inicio con la IPS CES, esto debido a que por cumplimiento normativo Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, se deben priorizar unos riesgos entre otros de tipo financiero y operacional, por lo que se trabajaran riesgos de liquidez, crédito, mercado de capitales, actuarial y de tipo operacional, el cual incluye:

    - Modelación de la demanda agregada de cada uno de los 3 negocios (IPS y Clínica veterinaria, universidad)
    - Pronóstico agregado de la demanda de cada negocio
    - Análisis de 17 riesgos 5 Universidad, 6 IPS y 6 Veterinaria
    - Análisis de desempeño de los modelos backtesting tests
    - Análisis de escenarios (stress tests)
    - matrices de impacto, una por cada negocio
    - interfaces Gráficas de Usuario, una por cada negocio
    - Capacitación teórico-práctica

Una vez finalizando la etapa en la IPS CES, se replicará los modelos para la Universidad y CVZ, es un proyecto que dura aproximadamente 8 meses, de los cuales se proyecta, un insumo valioso para la toma de decisiones y minimizar riesgos.

3 Seguimiento y monitoreo de los riesgos

- Parte esencial del proceso de gestión del riesgo, es la etapa de monitoreo y seguimiento establecido semestralmente, este año se focalizó en revisar el cumplimiento de los controles y los diferentes planes de acción definidos, tanto para la mitigación y prevención de los riesgos identificados como para el mejoramiento de los procesos de la dependencia, durante este segundo semestre se dieron varias auditorías externas, como la de revisoría fiscal y la contratación de una consultora para realizar un diagnóstico al sistema de control interno de la Universidad.

- Para este año 2023, el área de gestión del riesgo trabajó 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 de los riesgos, posteriormente se migró a que los directores fueran los responsables de los riesgos apoyándose en los lideres administrativos, ahora se trabaja en la gestión de riesgos por procesos con 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.

Se diseñó una herramienta para evaluar los controles definidos por cada líder de proceso, 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 3- Descripción de valoración del control

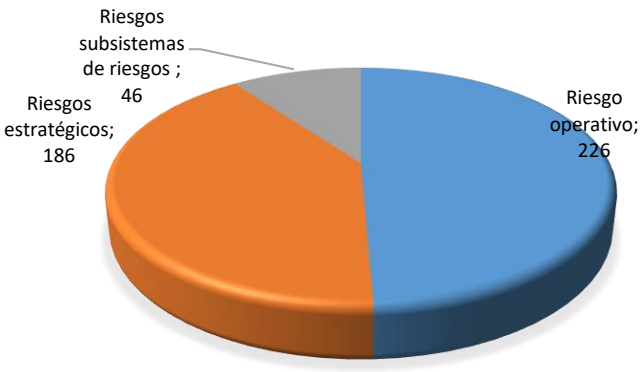
RANGO	DESCRIPCIÓN
100	El control es óptimo, efectivo, eficiente, económicamente viable y ejecutándose adecuadamente.
80	El control está diseñado y ejecutándose adecuadamente, cumple con la mitigación del riesgo. Se debe establecer planes de mejora puntuales dirigidas a su mantenimiento
60	El control 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.

A continuación, se reporta los resultados que se obtuvieron de la evaluación y seguimiento de los riesgos y controles:

En la siguiente gráfico, se muestra el número de controles que se han definido por cada categoría de riesgo, para los riesgos de tipo, operativo que son los riesgos que los lideres de procesos administrativos identifican y aportan a la mitigación de los mismos desde sus roles y responsabilidades, también se encuentra de tipo estratégico, que son los riesgo que han definido la alta dirección y que son riesgos que afecta el cumplimiento del plan estratégico de desarrollo y que desde cada dependencia administrativa aportan a la definición y cumplimiento de los controles, por último, los de Subsistemas de riesgos , estos son riesgos que se han definido en cumplimento de los sistemas de SARLAFT, PTEE, SICOF.

En total, se tienen identificados y evaluados 458 controles, de los cuales 344 se cumplen totalmente, es decir operan en el día a día dentro de las responsabilidades y funciones de cada área, no obstante, la mayoría estos operan manualmente, es decir, que requiere de un factor humano, esto puede conllevar en gran medida a que ocurra frecuentemente el error humano.

Gráfico 11 - Número de controles según la tipología de riesgos



Es importante resaltar que bajo la supervisión de todas las direcciones se encuentran los controles que se tienen definidos para la mitigación y prevención de los riesgos de la institución, y que con la labor de sus lideres de procesos administrativos se ejecuta el cumplimiento de los mismos. Es de anotar que la mayoría de los controles definidos se enfoca en los riesgos operativos y es coherente ya que la operación y estabilidad del negocio es principalmente desde la gestión administrativa

Para los riesgos de tipo estratégicos, si bien estos están en responsabilidad de la alta dirección es importante mencionar que el establecimiento y desarrollo de estos controles están en cabeza de todas las unidades de apoyo, misional y desde la misma estrategia.

Tabla 4- Número de controles por Dirección según el tipo de riesgo

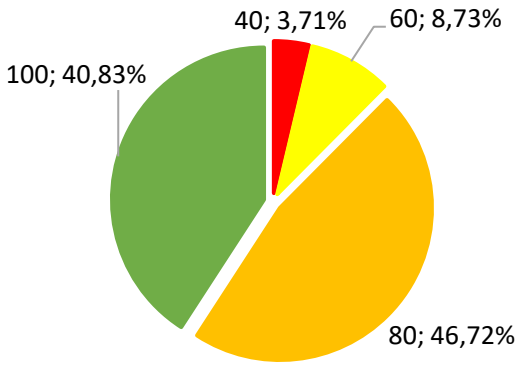
Dirección	Riesgo operativo	Riesgos estratégicos	Riesgos subsistemas de riesgos	Total general
Dirección Académica	42	45		87
Dirección Administrativa y Financiera	101	71	10	182
Dirección Investigación e Innovación	30	30		60
Rectoría	36	21		57
Secretaría General	15	14	3	32
Rectoría - Dirección Extensión - Dirección Académica	1	1		2
Dirección Administrativa y Financiera - Dirección Académica	1			1
Rectoría - Dirección de extensión		1		1
Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera		1		1
Consejo Superior		2	32	34
Secretaria General - Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera			1	1
Total general	**226**	**186**	**46**	**458**

De acuerdo con el resultado de evaluación de los controles, se identificó que de los 458 controles que se tienen definidos, el 87.55% que representan 401 controles están en rangos de 80 y 100 de acuerdo con los criterios de evaluación, son óptimos, efectivos, eficientes, económicamente viable y ejecutándose adecuadamente, y que para algunos casos se debe establecer planes de mejora dirigidas a su mantenimiento. El 12.45% restante, que representan 57 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 5- Número de controles distribuidos según su rango de evaluación

Direcciones	40	60	80	100	Total general
Dirección Académica	8	10	39	30	87
Dirección Administrativa y Financiera	5	16	93	68	182
Dirección Investigación e Innovación	1	5	30	24	60
Rectoría	2	3	24	28	57
Secretaría General	1	3	25	3	32
Rectoría - Dirección Extensión - Dirección Académica		2			2
Dirección Administrativa y Financiera - Dirección Académica			1		1
Rectoría - Dirección de extensión		1			1
Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera				1	1
Consejo Superior			1	33	34
Secretaria General - Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera			1		1
Total general	**17**	**40**	**214**	**187**	**458**

Gráfico 12- Porcentaje de calificación según los rangos de criterios de evaluación



Por su parte, la evaluación de los controles arrojó que la mayoría de ellos le apuntan a la prevención de la ocurrencia de los riesgos, significa que los lideres de los procesos quieren anticiparse, actuar antes de que se materialice un riesgo, se tomen medidas de manera de que su probabilidad de ocurrencia disminuya, Generalmente estas medidas implican menores costos de tratamiento para evitar las pérdidas que pudiera ocasionar la materialización de los riesgos.

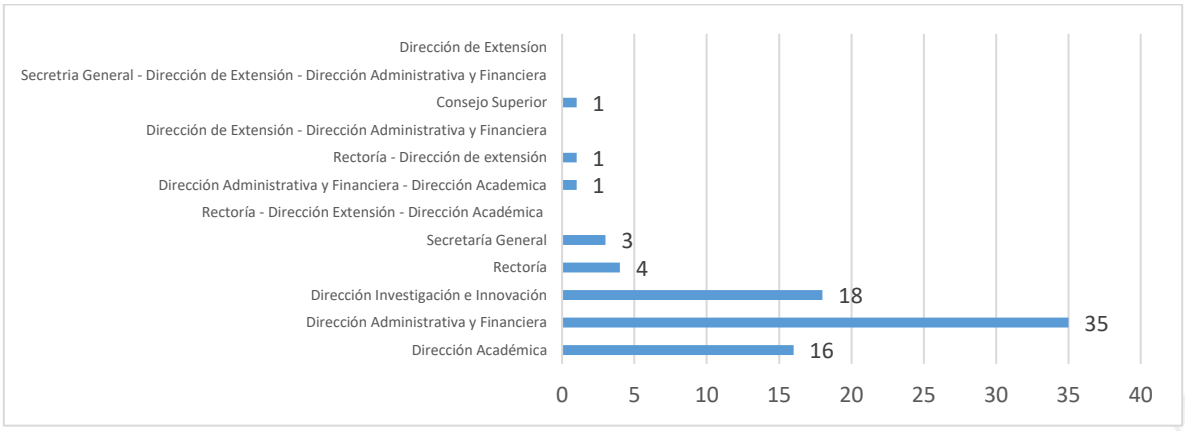
Tabla 6- Número de controles según su medida de tratamiento

Direcciones	Detección	Prevención	Protección	Total general
Dirección Académica	3	84		87
Dirección Administrativa y Financiera	9	166	7	182
Dirección Investigación e Innovación	4	53	3	60
Rectoría	3	52	2	57
Secretaría General	2	30		32
Rectoría - Dirección Extensión - Dirección Académica		2		2
Dirección Administrativa y Financiera - Dirección académica	1			1
Rectoría - Dirección de extensión		1		1
Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera		1		1
Consejo Superior		34		34
Secretaria General - Dirección de Extensión - Dirección Administrativa y Financiera		1		1
Total general	**22**	**424**	**12**	**458**

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

De acuerdo con la estrategia definida por la gestión del riesgo, trimestralmente se hará un seguimiento de las medias adoptadas de acuerdo con las fechas de implementación establecidas por el líder del proceso. Este proceso iniciará en el año 2024 y su primera revisión dará lugar en marzo del 2024.

Gráfico 13- Direcciones que establecieron planes de acción



Para mayor comprensión y entendimiento de la información que se menciona en el presente informe la gestión del riesgo, pone a disposición la documentación y archivos que requieran para visualizar y revisar los datos que arroja el seguimiento y monitoreo. Toda su trazabilidad se encuentra desde el año 2017 a la fecha.

3.1 Reporte de eventos

Hallazgo:

Es importante dejar plasmado en el presente informe, que durante este segundo semestre se reportó por la líder de tesorería, una situación de alto riesgo, que genera un impacto principalmente en temas económicos, y reputacional, este obedece a un posible riesgo de fraude categorizado por infidelidad financiera y abuso de confianza por parte de empleados que desempeña el cargo de asistente administrativo con funciones de facturación y recaudo en la sede de CVZ, esto dado que, en la verificación y en el desarrollo de los controles que se tiene por parte del área, se pudo detectar esta situación.

Dentro de las acciones que se han desarrollado, se encuentran arqueos a las cajas de las diferentes sedes tanto al sistema como físicos, acceso al monitoreo de cámaras que permita la revisión de los puntos de caja, lo que se pudo detectar malas prácticas e intencionalidad de las cajeras lo que puso en situación de vulnerabilidad el proceso financiero de la institución.

Esta situación se encuentra en conocimiento de instancias como: Rectoría, Dirección Administrativa y Financiera, Gerencia CVZ y áreas implicadas, así como la revisoría fiscal que por norma se debe notificar este tipo de situaciones.

La universidad tiene identificados riesgos con calificación de magnitud alta, asociado a la categoría de fraude:

Tabla 7- Evaluación de riesgos

Tipo de riesgo	Descripción del riesgo ¿Qué le preocupa frente al logro de los objetivos?	Probabilidad	Impacto	Magnitud Riesgo con Controles
Riesgo operativo/Financiero	Inadecuada revisión de los estados financieros para la liquidez y solvencia económica de la Universidad CES (riesgo en el recaudo del dinero).	Posible	Moderado	Alto
Riesgos subsistemas de riesgos	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 .	Probable	Moderado	Alto

Estos son los controles que actualmente se tienen establecidos para la prevención y mitigación de estos riesgos desde el área financiera/tesorería

- Acceso al monitoreo de cámaras que permita la revisión de puntos de cajas
- Adquisición de caja recaudadora monitoreo, recolección y consignación por parte de Brinks de Colombia con lectura de usuario para comprobación de recolección del efectivo
- Fuga de cocimiento por alta rotación del personal en el área
- Monitoreo y conciliación de actividades de caja (diario), además del reporte de las novedades encontradas.
- Instructivo de caja, Reglamento de tesorería, reglamento de caja menor
- Realización periódica de arqueos de caja
- Segregación de funciones (Limitación de permisos en los sistemas de información - SAP, en los perfiles de cargos, portales bancarios).
- Capacitación al personal nuevo y reinducciones a necesidad.

3.1.1 Acciones correctivas para fortalecer los procesos financieros:

A continuación, desde el área de gestión del riesgo se recomienda unas acciones adicionales para fortalecer y fomentar un ambiente de control en los procesos financieros.

Principalmente el fraude, se pueda dar por una mala intención de una o varias personas que abusan de la confianza depositada en ellos, y lo otro es la debilidad en la asignación de roles y perfiles en los sistemas informáticos, por lo que es importante en primera instancia intervenir acciones dirigidas a las personas, así como en mejorar los procesos del área y los sistemas informáticos.

Tabla 8- Recomendaciones para fortalecimiento de los controles por gestión del riesgo

ID	*Recomendaciones para fortalecimiento de los controles*	*Áreas implicadas en la ejecución del control*
1	Establecimiento de auditorías forenses como mínimo una (1) al año que evalúen áreas vulnerables especialmente del proceso financiero	Gestión del riesgo – Rectoría – Dirección administrativa y Financiera
2	Fortalecer los procesos sancionatorios y su divulgación.	Secretaria general – Gestión del riesgo
3	Establecer una política especialmente para las sedes de IPS y CVZ que determine el monto máximo permitido de efectivo e incentivar a la utilización de otro tipo de transaccionalidades que ofrecen las entidades financieras (política de manejo de efectivo)	Dirección Administrativa y Financiera
4	Procesos disciplinarios inflexibles que representen una actitud de cero tolerancias al fraude y que vayan alineados con el código de conducta y buen gobierno y reglamento interno de trabajo	Secretaria general – gestión del riesgo - rectoría
5	De acuerdo con la definición de los perfiles de cargo, se debe segmentar los empleados que sean más vulnerables y susceptibles al riesgo de fraude, como por ejemplo procesos que dentro de sus funciones contemplan el manejo de recursos, llaves y claves de la universidad, como lo son cargos directivos, personal de las áreas de compras, tesorería, contabilidad, cartera, tecnología de la información, caja, audiovisuales, vigías, aseo y mantenimiento. Si bien, se están ejecutando pruebas de polígrafo o visitas domiciliarias en ciertos procesos, aún no está reglamentado cuales cargos son los que deben de tener estas pruebas.	Desarrollo Humano – Gestión del Riesgo -Rectoría
6	Delimitación de las responsabilidades y funciones que deben realizar especialmente el personal de la gestión financiera	Desarrollo Humano – Dirección administrativa y financiera

Asimismo, desde la dirección administrativa y financiera/tesorería y por recomendaciones de revisoría fiscal ha solicitado gestionar con prioridad las siguientes acciones:

Tabla 9- Recomendaciones la dirección administrativa y financiera y revisoría fiscal

	Recomendaciones	Responsables
1	Actualizar y documentar los procesos principalmente de gestión financiera y definir los roles, perfiles y permisos para el manejo del sistema del ERP.	Planeación -Tecnología de la Información,
2	Establecer un cajero y/o auditor principal en cada sede para que monitoree diariamente las cajas y rinda cuentas a la dirección administrativa y financiera.	Dirección Administrativa y Financiera – Tesorería.
3	Definir una política integral sobre el manejo del fraude	Dirección Administrativa y Financiera – Planeación – Gestión del Riesgo
4	Soportar desde la dirección administrativa y financiera el personal de las sedes que tiene funciones financieras para que se les rindan cuenta a los lidera de procesos	Dirección administrativa y financiera – gerentes
5	El área de Tesorería entregó y socializó a la gerencia de CVZ y a la coordinadora administrativa y financiera de CVZ un informe de monitoreo, seguimiento y control en cual donde detalla situaciones de manejos financieros inadecuados, este fue entregado el día 2 de agosto de 2023	Gerencia CVZ
6	Desde la tesorería se notifica diariamente a través de correos, lo que dentro del proceso de control y monitoreo presenta inconsistencia y errores.	Gerencia CVZ

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

A continuación, se detallan los hallazgos que se han detectado en las verificaciones para el cumplimiento de la política de los subsistemas de riesgos y el seguimiento de los mismos, en el presente informe solo se mencionará las acciones que a la fecha se encuentran abiertas y en proceso de ejecución.

Contraparte: Cliente
Hallazgo
Pagos en diferentes cajas por un cliente/usuario en un mismo día: El sistema actual no permite identificar si un mismo cliente ya superó el valor establecido para iniciar el proceso de Debida Diligencia. Las diferentes cajas no se intercomunican o no genera una alerta**.**
Seguimiento
Con la actualización que se hizo a la política de riesgos en el año 2022, se determinó que, para iniciar un proceso de conocimiento ampliado del cliente y el diligenciamiento de formulario, se aumentó el monto que se tenía de 3 a 5 millones de pesos en efectivo tal como lo establece la norma para el reporte de operaciones en efectivo a la UIAF. Con este nuevo cambio, se minimizó el fraccionamiento de pagos ya que no es muy frecuente pagar en efectivo hasta ese monto, y por tanto se minimizó el diligenciamiento del formulario ya que era muy reiterativo la evasión de este o el fraccionamiento de dinero para evadir el diligenciamiento. Sin embargo, puede presentarse esta situación en algún momento, la cual pasaría desapercibida ya que las cajas no tienen comunicación entre ellas.
Estado
Abierto

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 en el proceso de desarrollo humano 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, contabilidad, cartera, 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 debido proceso 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 está evaluando con el proveedor Ikitech la propuesta económica para su 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, 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 desde el día 1 que ingresan, tal como se realiza en el proceso de actualización anual de empleados

Seguimiento

Se está evaluando con el proveedor Ikitech la propuesta económica para su solución

Estado
Abierto

Contraparte: Empleado

Hallazgo

Con corte a octubre del 2023 se tiene que, a través de la plataforma IncluCES han iniciado el proceso de actualización 740 empleados, en esta revisión se excluye personal de proyectos ya que no todos cuentan con usuario y contraseña, sin embargo, solo 717 terminaron el proceso completo (declaración firmada), los demás están a mitad del proceso, sin concluir.
Por su parte, hay un número significativo de empleados que no han atendido a este requerimiento, casi 1000 empleados están pendientes de realizar la actualización de datos.

Seguimiento

Junto con la alta dirección se debe definir que estrategias se avalan para que se pueda abarcar una muestra significativa, se recomienda que este proceso este ligado a un tema de incentivos, o como es de control normativo se gestione junto con secretaria general desde lo normativo.

Estado
Abierto

4 Canal de Transparencia de la Universidad CES

La Universidad CES, desde el año 2019 cuenta con varios medios de comunicación, donde pueden reportar o denunciar hechos que vayan en contra de las políticas institucionales, principios y valores y lo relacionado con el Código de Conducta y Buen Gobierno, los medios de comunicación son: Canal de transparencia y el correo electrónico de Línea ética

A través del oficial de cumplimiento se inicia el proceso de recepción de denuncias, no obstante, la activación del protocolo de investigación está bajo la responsabilidad de Rectoría y Secretaría General.

Como parte del proceso de evaluación del control interno de la universidad, se evidencia que es importante implementar unas mejoras al proceso y para el año 2024 se tiene las siguientes acciones a ejecutar en el canal de transparencia y línea ética:

Tabla 10 - Planes de acción para implementar en el canal de transparencia y línea ética

ID	Planes de acción	Seguimiento a las Acciones de mejora
1	Definir una reglamentación y/o política sobre no retaliación por reportes de buena fe, que garantice la credibilidad de la línea de transparencia ante el denunciante.	Se tiene un procedimiento sobre la atención de denuncias, así mismo un protocolo para hacer los reportes, también se definió un acuerdo de confidencialidad donde todos los que intervienen en la investigación de las denuncias firmaron y se anexaron a los contratos laborales, No obstante, se definirá una reglamentación y/o política sobre no retaliación por reportes de buena fe, que garantice la credibilidad de la línea de transparencia ante el denunciante.

2	Revisar el proceso de escalamiento y notificación de la línea de transparencia y hacerlo con un flujo automático que incluya otros niveles de escalamiento, por ejemplo, cuando a quien se reporta sea el rector o el oficial de cumplimiento.	Dentro del procedimiento de atención de denuncias se tiene contemplado las líneas de responsabilidades de atención a las denuncias, dentro de ellas se contempla quien resuelve las denuncias del Rector y la Oficial de cumplimiento. Se organizará el proceso de tal forma que se tenga un flujo de notificación con otra instancia , podría ser secretaria general para que se brinde transparencia en el caso de que la denuncia sea para la oficial de cumplimiento quien actualmente es la que recepciona las denuncias
3	Asegurar el anonimato de la línea de transparencia.	Se revisará con TI y secretaria General la posibilidad de colocar el canal de transparencia anónimo, con el fin de asegurar el anonimato de la línea de transparencia.

4.1 Reportes de denuncia a través del canal de transparencia y correo de la línea ética de la Universidad

Desde el año 2019 que se diseñó el canal de transparencia y el correo de la línea ética, se nota un incremento de reportes año a año, esto debido a varios factores, uno de ellos es la integración que se ha tenido con todas las áreas como Bienestar institucional para reportar los hechos de violencia sexual y de género, abuso, e inclusión social, asimismo, se ha reforzado el tema de socialización y divulgación sobre estos medios de comunicación a todos nuestros grupos de interés

Desde finales del año 2019 a la fecha, el mayor número de denuncias se ha reportado por la página web a través del canal de transparencia, de las 19 denuncias en total, 16 son por este medio. Es importante seguir fortaleciendo estos medios, ya que permite como institución, ser éticos transparentes en nuestro quehacer institucional

En los años 2022 (7 denuncias) y con corte a noviembre 28 del 2023 (9 denuncias) se ha dado el mayor número de denuncias en la institución, y que en su mayoría son estudiantes, le sigue la categoría de otro tipo de ciudadano (Personal externo) y por último clientes.

Por su parte, también es importante mencionar las dependencias o facultades donde han realizado el mayor número de denuncias, mostrando que, de las 19 denuncias, 4 de ellas están dirigidas a la Facultad de MVZ, le sigue apoyo financiero y Facultad de Medicina con 2 denuncias respectivamente.

La mayoría de las denuncias que han reportado son por *"Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad"*, también *"Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas" e Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas* estás 3 categorías aportan 11 denuncias de las 19 en total que se tienen desde que se creó el canal de denuncia.

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.

Gráfico 14 – Número de denuncia por año

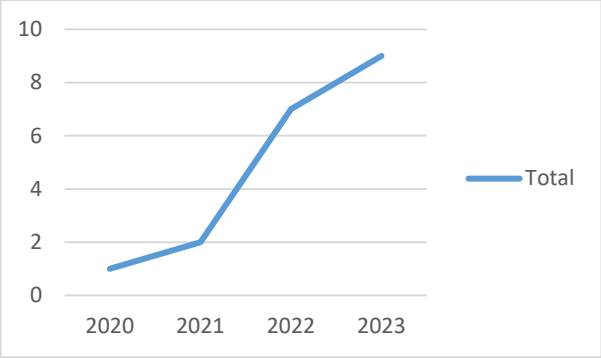


Grafico 15 – Número de denuncias por grupo de interés

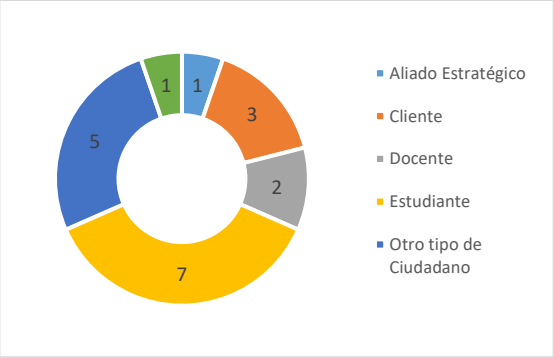


Tabla 11– Dependencias/facultades que han sido reportadas a través del canal de transparencia

Dependencia/facultad	Nro. De denuncias
Área de seguridad	1
Áreas que limita la Universidad	1
Centro de idiomas	1
Facultad Ciencias de la Nutrición y los Alimentos	1
Gimnasio	1
Facultad de medicina	2
Apoyo financiero	2
Tecnología en Atención Prehospitalaria - TAPH	1
SARLAFT	1
Facultad de MVZ	4
Atención al Usuario - IPS	1
Escuela de Graduados	1
CVZ	1
Facultad de psicología	1
Total general	**19**

A continuación, se detallan los tipos de denuncias que se recibieron en el año 2023. A la fecha, todos los casos se encuentran finalizados.

Tabla 12 – Denuncias que se recibieron en el año 2023

Tipo de denuncia	***Relación con la Universidad CES***	***Dependencia/facultad a la que denuncian***
** Situaciones de conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades, conductas de acoso laboral, violencia sexual y discriminación de género. ** Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado de la Universidad. ** Situaciones que atente contra la protección de la propiedad intelectual ** Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas. ** Acciones que atentan contra los principios, los valores y la buena conducta.	Empleado	Escuela de Graduados

Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas	Estudiante	Apoyo financiero
Actividades sospechosas relacionadas con lavado de dinero, financiación del terrorismo, fraude, soborno, corrupción, narcotráfico o cualquier otra actividad tipificada como delito	Otro tipo de Ciudadano	SARLAFT
Asuntos relacionados con amenazas, extorsión, afectación a la seguridad de las personas	Otro tipo de Ciudadano	Facultad de medicina
Denuncia vulneración de derechos	Estudiante	Facultad de psicología
Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas	Cliente	Apoyo financiero
	Otro tipo de Ciudadano	Atención al Usuario - IPS
		Facultad de medicina
Solicitud Remisión para neurocirugía de canino	Cliente	CVZ

5 RECOMENDACIONES GENERALES

- Vincular formalmente la gestión de riesgo en las instancias de decisión y gobierno, y en el proceso de planeación estratégica, ya que en la medida que la gestión de riesgos se articule con el plan de desarrollo de la Universidad, tendrá mayor sentido para la alta dirección su aplicación, su necesidad y utilidad. Respecto a ello, veo con importancia que el área de riesgos pueda tener una mayor comunicación directa con la alta dirección, rectoría y Consejo superior, entendiéndose que esta área actualmente depende del Consejo Superior, pero que al ser una área transversal y que de acuerdo a sus funciones, se debería tener mayor comprensión de las situaciones actuales de la institución y conocer las diferentes preocupaciones que tienen los máximos órganos, a fin de tener una mirada holística y de apoyo a la estrategia de la Universidad CES. Lo anterior, no quiere decir que no esté enterada de las situaciones de la institución, esto se da, dado que la interacción con las áreas de nivel administrativo es constante y de ahí es donde surge temas y situaciones que pueden contextualizar sobre de las discusiones que pueden llamar la atención de la alta dirección pero muchas son posterior, ya que las direcciones tienen sus comités primarios con su equipo de trabajo y es una estrategia beneficiosa ya que facilita mucho la interacción entre las partes, tema que falta mejorar para esta dependencia ya que no se tiene esa retroalimentación permanente.

- Es importante considerar para el tema de la reestructuración del personal administrativo que actualmente se está evaluando con la empresa (Aristos), frente a ello, surge la inquietud sobre ¿Dónde estará en la estructura organizacional de la Universidad, la Oficina de gestión del riesgo, pero específicamente la figura del Oficial de Cumplimiento? Ya que este cargo de acuerdo con la normatividad en materia de SARLAFT debe pertenecer en segundo nivel jerárquico, dándole autonomía e independencia, es importante considerar este tema, para que se evalúe a fin de no incurrir en incumplimientos con el ente de control y vigilancia (Supersalud). En la Circular Externa 00009 de abril de 2016 en el numeral 6.2.1 literal a, se especifica este tema puntualmente.

- Definir en materia para el sistema de control interno si se va a implementar en la institución o si el área de gestión del riesgo apoyará esta misión, dado su afinidad ya que se ejerce monitoreos y seguimientos que es inherente a las actividades (auditorias de control) que se realizan con periodicidad semestral, asimismo, han surgido planes de mejora tanto de la revisoría fiscal como del diagnóstico de control interno que derivó como recomendación de la consultoría contratada. sin embargo, es importante evaluar la pertinencia de asignarle a esta área recursos tanto tecnológicos como humano. Para este año se presupuestaron varios temas y uno de ellos es la realización de auditorías externas para ejecutarlas como mínimo 2 veces al año y que igualmente apoya la gestión en la organización, complemento a esto, se solicitó a través del área de Tecnología de la Información la viabilidad de costear la Sistematización de la información de la gestión del riesgo, migrar la información que tenemos actualmente en plantillas de Excel a un

sistema de información digital, que permita alertas tempranas, generación de reportes estratégicos, integración en los procesos de la institución, indicadores y demás.

- Uno de los temas importantes y que va en armonía con el Código de Conducta y Buen Gobierno, así como las Políticas de Debida Diligencia de la institución definida por la gestión del riesgo, es el tema de *Conflictos de interés, y estudios de seguridad*, estos deben fortalecerse en la institución principalmente para miembros directivos y máximos órganos (Consejo superior y sala de fundadores), para estos casos, la oficina de gestión del riesgo con la actualización de datos que se realiza anualmente, obtiene esta información tanto a nivel directivo como administrativo, en la política y procedimiento de debida diligencia de la Universidad, se tiene que, para el reporte de conflictos de interés de directivos, se debe informar al Consejo superior, este se viene cumpliendo a través del envío de un informe con su respectivo análisis, sin embargo, para los casos de nivel administrativo, el reporte de conflicto de interés se envía al jefe inmediato, no obstante, es importante que también se definan las instancias de reporte Como, por ejemplo: Comité de Conducta y Buen Gobierno, Comité Administrativo o si también es de interés del consejo superior conocer a este nivel administrativo dichos reportes.

  Para el caso de estudios de seguridad, se recomienda que antes de ingresar un miembro directivo y máximos órganos a la institución, la oficina de gestión del riesgo realice una evaluación de riesgos y sobre ello se defina un criterio de ingreso, esto con el fin de saber si alguno de ellos presenta alguna inhabilidad o incompatibilidad, asimismo, no tenga algún antecedente que ponga en riesgo a la institución. A la fecha, esta tarea se hace a posteriori ya que a la oficina de riesgos se notifican los nuevos cambios cuando ya están en pleno, pero es de aclarar que la tarea se cumple de inmediato en hacer las respectivas revisiones.

- Como estrategia para el próximo año se tiene definido incrementar la frecuencia de la realización de los comités de riesgos con periodicidad trimestral, ya que, de acuerdo con el nuevo Código de Conducta, Ética y Buen Gobierno se habla de un Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos. Si bien este documento está aprobado por sala y el consejo, aún no ha sido divulgado a la comunidad ya que requieren cambios en los estatutos el cual debe estar aprobado por el MEN. Pero es importante tener en cuenta que, con el nuevo Código de Conducta, este comité tiene una estructura diferente a la que actualmente tenemos, inclusive, no se habla del líder de riesgos en este comité, que es importante. Lo otro es que la composición que tenemos actual del comité de riesgos está conformada por los directores, gerentes de sede, rector y un representante del consejo superior, surge la siguiente pregunta ¿Considera conveniente seguir aplicando esta figura o se haría tal como lo establece el nuevo Código de Conducta y Buen Gobierno?

- Para este segundo semestre desde la dirección administrativa y financiera, en cabeza del área de tesorería, reportó un evento que genera un impacto importante en la gestión financiera, este obedece a un posible riesgo de fraude categorizado por infidelidad financiera y abuso de confianza por parte de empleados que desempeña el cargo de asistente administrativo con funciones de facturación y recaudo en la sede de CVZ, esto dado que, en la verificación y en el desarrollo de los controles que se tiene por parte del área, se pudo detectar esta situación. Desde el área de gestión del riesgo se han recomendado unas acciones adicionales para fortalecer y fomentar un ambiente de control en los procesos financieros. es importante en primera instancia intervenir acciones dirigidas a las personas, así como en mejorar los procesos del área. *Ver recomendaciones en el Capítulo 3.1 reporte de eventos*

Fin