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

Agosto 28 del 2024

Medellín, Agosto 28 del 2024

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:

Envío para conocimiento, el informe de gestión semestral que da cuenta de los avances que se han realizado en materia de gestión integral del riesgo en la Universidad CES, y que hace referencia al cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos. Lo anterior, de conformidad con las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y directrices y lineamientos de la Universidad CES:

•Circular externa 053-5 de 2022 de la Superintendencia de Salud -PTEE
•Circular Externa 04-5 de 2021 de la Superintendencia de Salud – GIR y CCBG
•Circular Externa 000009 de 2016 de Superintendencia Nacional del Salud - SARLAFT
•Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de Superintendencia Nacional del Salud - SICOF
•Política Debida Diligencia de los Subsistemas de Administración de Riesgos Universidad CES
•Manual Sistema de Gestión integral del Riesgos de la Universidad CES -SGIR
•Código de Ética, Conducta y Buen Gobierno de la Universidad CES

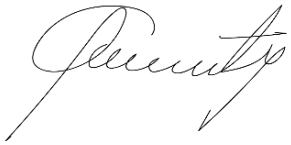
Comprendiendo que el seguimiento y monitoreo es un componente fundamental a la hora de realizar actividades de prevención y mitigación de riesgos. El área de Gestión del Riesgo evalúa de forma constante el cumplimiento de acuerdo con lo establecido previamente en el Sistema de Administración de Riesgos y a las leyes y regulaciones aplicables.

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

Por su parte la oficina de gestión del riesgo conjuntamente con el área de control interno se encuentra coordinando y articulando acciones para trabajar y fortalecer los controles de los riesgos que garanticen el cumplimiento de los mismos y la evidencia que estos generan con el fin de asegurar su aplicabilidad y tratamiento.

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
Oficina de Gestión del Riesgo
UNIVERSIDAD CES
nmunoz@ces.edu.co

1. Cumplimiento normativo

1.1 Monitoreo y verificación de los subsistemas de administración de riesgos

En el periodo comprendido entre abril y mayo del presente año se hicieron 34 reuniones con un total de 46 áreas (administrativas y academicas) y más de 100 colaboradores participaron de la verificación, con el fin de realizar monitoreo y cumplimiento a los sistemas de riesgos, en cumplimento del marco normativo. Esta revisión se hizo con los lideres de procesos que intervienen en la debida diligencia de conocimientos de contrapartes, (Vinculación y actualización de Empleados, registro y actualización de proveedores, Clientes y usuarios de las sedes y centros de servicios). Como resultado en cada revisión se les envió las conclusiones y planes de mejoramiento con los plazos establecidos para su cumplimiento:

Resultado de la verificación:

Se obtuvo un total de 9 hallazgos, clasificados en las siguientes escalas de criticidad, ordenadas de menor a mayor: baja, media, alta y extrema.

El 56% de los hallazgos tienen una criticidad alta.

En el proceso de vinculación de proveedores se identificó el único hallazgo clasificado como "Extremo" por el impacto económico y reputacional que puede tener su materialización.

Tabla 1 – Nivel de Criticidad de los hallazgos de acuerdo con su clasificación (contrapartes)

Clasificación (contrapartes)	Extrema	Alta	Media	Baja	Total
Vinculación de proveedores	1	2	0	0	**3**
Vinculación de empleados	0	2	2	1	**5**
Vinculación de clientes	0	1	0	0	**1**
Gran total	**1**	**5**	**2**	**1**	**9**

Tabla 2 – Principales hallazgos y su nivel de Criticidad de acuerdo con su clasificación (contrapartes)

Contraparte	*Hallazgos*	*Criticidad*
Empleado	Considerando que, para el caso de docentes intermitentes e independientes el proceso otorga un plazo de 18 días para formalizar el contrato y recopilar los documentos de vinculación en la plataforma de Diplogrados, en muchas ocasiones los empleados comienzan a laborar sin que se haya realizado la consulta en listas de riesgos. Esto puede tener implicaciones negativas para la Universidad en caso de que, se vincule un empleado con un perfil de riesgo alto y esto no sea detectado antes del inicio de labores.	**Media**
Empleado	Los empleados no están actualizando el "Formulario de conocimiento del empleado" cada año, tal y como lo exigen la norma.	**Media**
Empleado	El 100% de las áreas monitoreadas, presentaron, al menos un empleado que no había realizado el curso virtual "Conocimientos generales del SARLAFT" y/o los nuevos módulos de PTEE y SICOF. Se les otorgó un plazo máximo de un mes para efectuarlo dado que esta es una capacitación obligatoria para todos los vinculados laboralmente, por lo que la norma es enfática en capacitar anualmente a todos los empleados.	**Bajo**
Empleado	Se halló un caso puntual, en la Facultad de Medicina, relacionado con un docente de Semiología (Req-198), en el cual se remitió desde el 6 de marzo de 2024 el nombramiento al Consejo Académico sin seguir el flujo normal del proceso con el área de Selección y Desarrollo humano, quienes el 7 de marzo de 2024, enviaron la documentación para solicitar a la Secretaría General la vinculación y contratación, y en ese momento se enteraron, por la respuesta al correo electrónico, que el día anterior se había realizado el nombramiento por parte del Consejo Académico	**Alta**
Empleado	Persiste la falta de sincronización entre los aplicativos SAP e INCLUCES, lo cual implica que, si se actualizan los datos en uno de estos dos sistemas, dichos cambios no se perciben en el otro. Al respecto el área de Tecnologías de la Información informa lo siguiente "El requerimiento se cotizó desde el año pasado y ya cuenta con presupuesto aprobado. Pero en este momento nos encontramos en el proceso de cambio de proveedor de desarrollo para la aplicación de Incluces por lo que no ha sido posible iniciar con los cambios que tenemos pendientes. Esperamos en las próximas semanas poder dar inicio a estos requerimientos pendientes del 2023".	**Alta**
Proveedores	Todos los proveedores revisados, vinculados antes de enero de 2022, no están registrados en INCLUCES, que es la plataforma oficial de proveedores para vinculación y actualización de datos, o no están actualizados con la periodicidad anual que exige la norma o no se ha realizado completa y correctamente la "Gestión administrativa" a cargo de los empleados de la Universidad CES en esta plataforma. Los empleados asumen erróneamente que, estar creados en SAP, es suficiente. Sin embargo, la universidad adquirió la plataforma INCLUCES para tener una base de datos actualizada de proveedores y realizar oportunamente la gestión administrativa de estos.	**Alta**
Proveedores	Los informes que se exportan a Excel desde el aplicativo INCLUCES no tienen ningún dato de contacto del proveedor (correo electrónico, teléfono, etc.), lo cual implica que no son funcionales para enviar correos masivos desde el área de compras a los proveedores que deben actualizar sus datos, porque no hay un email a donde enviarles la comunicación. Solo los datos se pueden validar desde SAP pero uno a uno, lo que hace que el proceso sea lento y muy operativo.	**Alta**

Contraparte	*Hallazgos*	*Criticidad*
Proveedores	Se identificaron debilidades importantes en el proceso de compras de la Universidad, que requieren el diseño e implementación de políticas y procedimientos y controles claros de prevención y detección de compras no autorizadas de manera premeditada, realizadas por asistentes o usuarios. Hay un riesgo inherente de fraude interno por concentración de funciones en el área de Compras y los usuarios con capacidad de generar órdenes de compra (compradores, asistentes, regentes de farmacia, entre otros), debido a que, un solo usuario puede crear una orden de compra, hacer todo el proceso, recibir el pedido; y este se contabilizaría sin inconveniente, así se trate de una compra no autorizada, debido a que, aunque en teoría hay autorizaciones que deben emitir los aprobadores del gasto, el sistema tecnológico SAP permite parametrizarse para esquivar controles y configurar la SOLPED (nombre en el aplicativo de la solicitud de pedido -orden de compra-) sin dichas autorizaciones. Posteriormente, el líder del área de compras realiza validaciones de las órdenes en el sistema, sin embargo, este control se considera insuficiente. Dado que un principio básico del control interno es la segregación de funciones, se considera oportuno revisar y ajustar este proceso y se deja constancia de ello en el presente informe. Además, para los servicios intangibles, las asistentes (Aprox 160 personas), hacen todos los pasos en SAP y no hay control de si se prestó o no el servicio. Esta condición también puede propiciar fraudes internos. En ocasiones ya se recibió el producto o servicio y aún no han creado la orden de compra en SAP y lo único que se hace es "Legalizar"(debido a requerimientos de los usuarios). Los integrantes del área de compras manifiestan adicionalmente, que se presenta como mala práctica la reutilización de códigos para los productos en el aplicativo (Códigos DUMI) de manera que se usa el mismo código para muchos productos sin poder tener control de inventarios de cada uno de ellos ni hacer un monitoreo de los precios. Finalmente, se llevó a cabo una revisión del perfil en SAP de un empleado que previamente desempeñaba un cargo en Compras y se trasladó a otra área. Se constató que aún posee permisos en la herramienta asociados con las funciones de compras. Esto nos llevó a concluir que, al cambiar de área, no se actualizaron sus roles y privilegios en el aplicativo.	**Extrema**
Clientes	El sistema no permite detectar fraccionamientos de pagos en efectivo de un mismo cliente en un mismo día en diferentes cajas, que, en conjunto, asciendan a los 5 millones de pesos diarios que tiene como límite la norma para el reporte a la UIAF. De modo que, si un cliente paga el mismo día, por ejemplo, primero 1 millón de pesos, luego dos y por último otros dos, se omitirá el diligenciamiento del formato de conocimiento del cliente, porque el cajero que recibe la última transacción no tiene forma de saber que esta operación, sumada a las anteriores del mismo día, ascienden a los 5 millones de pesos.	**Alta**

1.1.1 Seguimiento a las recomendaciones para fortalecimiento de los controles en la verificación de los subsistemas de administración de riesgos

Tabla 3 – Seguimiento a las recomendaciones de control de riesgos

ID	*Recomendaciones para fortalecimiento de los controles*	*Áreas implicadas en la ejecución del control*	*Avance de las recomendaciones*
1	Los empleados de apoyo todos sin excepción deben hacer el curso de conocimientos generales sobre el SARLAFT y los módulos del PTEE y SICOF.	Gestión del riesgo – Empleados de apoyo a la gestión del SARLAFT	Se otorgó un plazo de un mes (1) para cumplir con esta actividad
2	Permanentemente se envía a través de correo interno, la invitación a las personas a actualizar los datos a través del "Formulario de conocimiento del empleado" que se realiza en la plataforma de IncluCES.	Gestión del riesgo	Al corte de este informe se tiene que 428 empleados han actualizado los datos. Se espera que, al finalizar el año, se cuente con mayor % de cobertura.
3	Se continúa haciendo seguimiento y gestión para la interoperabilidad de los sistemas SAP e INCLUCES. El área de Tecnología informó que el requerimiento se cotizó desde el año pasado y ya cuenta con presupuesto aprobado.	TI – Gestion del riesgo - Nomina	Se está gestionando con el área de TI y el proveedor de SAP, intervenir el BP cuando en IncluCES se actualicen los datos. Esto con el fin de evitar reprocesos y operabilidad manual, y tener la Base de datos de SAP actualizada.
4	Se recomienda que ninguna compra en el aplicativo SAP, se realice sin la autorización de los ordenadores del gasto. No permitir que ninguna persona maneje una operación desde su inicio hasta su conclusión. Para esto, se aconseja revisar y corregir la parametrización del aplicativo SAP.	Compras	Los compradores no envían órdenes de compra al proveedor hasta que esta no sea liberada en SAP por el ordenador del gasto, se están haciendo pruebas con SAP con el fin de determinar el perfil de usuario para limitar los accesos.
5	Revisar los roles y permisos en SAP de las asistentes para generar órdenes de compra.	Desarrollo Humano - Compras - TI	Desarrollo humano se encuentra en la evaluación y definición de roles y perfiles, Inicialmente se está concentrando en las áreas administrativas y financieras y posterior se abordará lo académico
6	Registrar cada producto o servicio con un código independiente y no como se viene presentando (Código DUMI), ya que esto puede derivar en un inadecuado control de inventarios y no registra información confiable en SAP	Compras	Aún se encuentra en análisis dada la gran cantidad de códigos que se tienen, ya se está en reuniones con SAP, para implementar SAP OHANA, es un proyecto a 2 años
7	Establecer y centralizar un rol de maestro de datos en SAP, para que pueda realizar la creación, modificación y administración de materiales, centros de costos, roles y perfiles, así como la parametrización de la data en el sistema. Debe ser una persona o equipo independiente del equipo de Compras para lograr segregación de funciones y no debe tener la posibilidad de crear órdenes de compra en SAP	Compras	Se han establecido conversaciones con el jefe de Ti y la jefe de apoyo financiero con el fin de centralizar el módulo MM y SD, en una sola área para centralizar los datos maestro, es un proyecto a largo plazo.

1.2 Capacitación a empleados:

Como parte de las actividades de cumplimiento normativo, se debe establecer estrategias de sensibilización y fomentar la cultura en gestión integral del riesgo.

Para este semestre se han desarrollado diferentes temáticas que están dirigidas a los grupos de interés, especialmente a nuestros empleados y lideres de procesos que apoyan la gestión y cumplimiento de la política y procedimientos de la gestión del riesgo.

Para este primer semestre con corte a 30 de junio se han capacitado 427 empleados con una participación total desde el año 2017 y a la fecha de 3.169 empleados.

Tabla 4 – Consolidado procesos de formación

Tipo de capacitación	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totalgeneral
Capacitación proceso SARLAFT					154	194	146	105	599
Capacitación señales de alerta								87	87
Curso de conocimientos sobre el SARLAFT					389	68	59	55	571
Curso de Generalidades del SICOF y PTEE							97	61	158
Curso de gestión Integral del Riesgo	322	73	168	85	39				687
Inducción empleados SARLAFT y Riesgos			94	155	268	185	246	119	1067
Total general	**322**	**73**	**262**	**240**	**850**	**447**	**548**	**427**	**3169**

1.3 Actualización de datos de las contrapartes

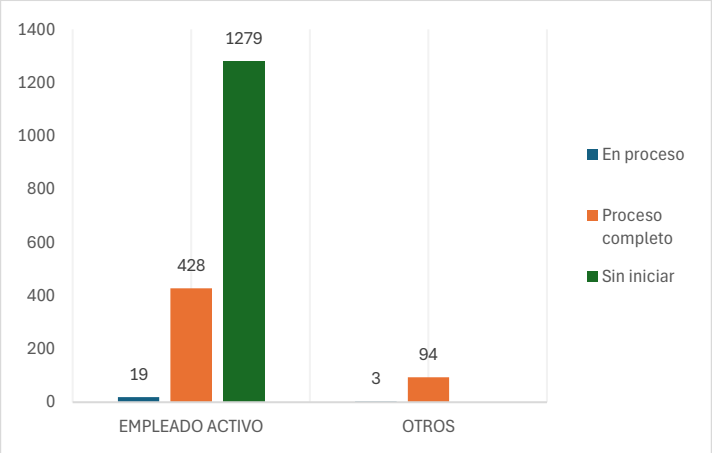
Cumplimiento de la Circular Externa 000009 de abril de 2016, numeral 5.2.2.2.2. se debe actualizar los datos de los empleados y proveedores de la Universidad CES con una periodicidad anual.

1.3.1 Actualización empleados y directivos

Para este primer semestre 2024, nuevamente se inició con el proceso de actualización de datos, esta información permite al área de riesgos analizar y establecer un perfil de riesgo del empleado, generación de alerta y de esa manera tomar acciones si es del caso. Durante el semestre se han realizado estrategias de captación de empleados para la actualización de datos, como, por ejemplo, correos masivos de manera permanente y correos personalizados. Sin embargo, hay un número significativo de empleados sin iniciar el proceso. La idea es que a finales del este año se cuente con una mayor cobertura, ya que de la población de empleados que corresponde a 1726, excluyendo personal contratista y proyectos, se tiene que solo 25% completó satisfactoriamente la actualización, que equivale 428, faltando 1298 (75% de la población de empleados activos). Hay clasificación denominada OTROS que eran personal activo en el momento de la actualización de datos, pero que al corte del 30 de junio ya no laboran en la institución, estos casos corresponden a 97 personas, 94 completaron el registro y 3 quedaron pendientes.

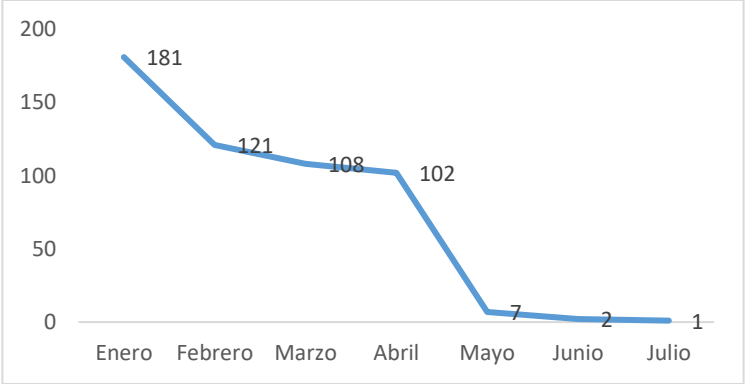
Una de las estrategias que se acordó en el comité Financiero, de Auditoria y Riesgos, es enviar a cada director, jefe de área y decano, los empleados que se encuentran pendiente por actualizar los datos del año 2024, este trabajo se va a realizar con el apoyo del representante del consejo superior y presidente del Comité Financiero, de Auditoria y Riesgos, Dr. Juan David Correa, con el fin de que tenga mayor impacto y acogida a esta solicitud.

Gráfico 1 – Actualización de datos empleados 2024-I



Por otro lado, se observa una tendencia a la baja mes a mes, frente al tema de actualización de datos de empleados, lo que indica que es proceso que debe ser permanente en los temas de sensibilización y envío de comunicados periódicos

Gráfico 2 – Actualización de datos mes a mes primer semestre del 2024



1.3.1.1 Declaración de conflictos de interés.

Todo empleado y directivo nuevo o activos deberán declarar en el formulario de conocimiento que se realiza a través de la plataforma de IncluCES o de manera física, la declaración de conflictos de interés, con esta información se busca identificar situaciones que generen riesgo para la Institución, la oficina de gestión del riesgo en coordinación con el área de control interno, están liderando el tema con el objetivo de tener un conducto regular para dirimir estos casos. Para ello se está adelantando acciones como:

- En el mes de mayo se envió al consejo superior, el informe de las declaraciones de los conflictos de interés tanto de los directivos como de los empleados a nivel administrativo, y sobre ello se emitió un concepto a nivel de riesgo.
- En el Comité Financiero, Auditoria y Riesgos se concluyeron temas como: El código de conducta y buen gobierno que fue aprobado en el año 2023, hasta que no se apruebe los estatutos no se podría socializar. Para el mes de agosto se definirá un plan de comunicación

para su divulgación, posterior a ello se podría crear el nuevo comité de Conducta y Buen Gobierno Organizacional.

- En reunión ordinaria del consejo superior, se llevó como tema, la Integración del Comité de Conducta y Gobierno Organizacional, con el comité Financiero, Auditoria y Riesgos. Es importante aclarar que dichos comités en ningún momento sustituyen la responsabilidad que corresponde a Consejo Superior, a la Rectoría o a la administración sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración por lo tanto su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al Consejo.
  El Consejo Superior por unanimidad aprueba que los integrantes del Comité de Conducta y Gobierno Organizacional sean los mismos que integran el Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos, las sesiones se realizarían de forma conjunta y en las mismas fechas. Su conformación es la siguiente: Doctor Mauricio Jaramillo Merino, Doctor Andrés Trujillo Zea, Doctor Juan David Correa Hoyos, Rector, Secretaría General, Líder de Contabilidad, Representante de Control Interno, Oficial de Cumplimiento, quien realizará las funciones de secretaria de la reunión

1.3.2 Actualización proveedores

Parte de los controles que ese han establecido para este particular, es que el área de compras como líder del proceso de proveedores, solicite la actualización de datos de los proveedores activos a través de la plataforma de IncluCES; que es el sitio web formal que se tiene para el registro y actualización de estos. Se hizo gestión de enviar un correo a todos los proveedores sobre la obligación de actualizar los datos. Para el segundo semestre con corte a noviembre se hará un balance de su cumplimiento.

1.3.3 Requerimientos por las autoridades de vigilancia y control tanto interno como externos

- ***Organismos Externos***

Para este semestre se recibió por parte de la Procuraduría General de la Nación, solicitud de diligenciar el reporte ITA- Índice de Transparencia y Acceso a la Información. Si bien es una medida que aplica especialmente a entidades de estructuras estatales, también obliga a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que presten servicios públicos o manejen recursos públicos. Para el caso de la Universidad somos sujetos obligados para su reporte, no obstante, habrá ítems que no aplicaría. Este requerimiento se cumplió el día 30 de julio del 2024.

- ***Control interno y Revisoría Fiscal***

El lunes 5 de agosto de 2024 se atendió la auditoria por parte de Revisoría fiscal, quien tiene como función evaluar el cumplimiento de la política y norma relacionada con los subsistemas de administración de riesgos (SARLAFT, SICOF y PTEE), se validaron cada uno de los controles que se definieron para la mitigación de los riesgos de la categoría de los subsistemas. De esto, quedará un informe, que será enviado tanto a la Sala de fundadores como al Consejo superior.

2. Actividades de gestión para el mejoramiento y cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos

- El día 10 de septiembre, está programado con el apoyo del corredor de seguros Willis, el taller de riesgos estratégicos dirigido a los directivos, representante del Consejo Superior, de las facultades y gerentes de los centros de servicios. Este espacio tiene un objetivo claro y es revisar los riesgos de tipo estratégicos de la Universidad y conversar sobre ¿qué

nos preocupa como organización y del entorno externo? con el objetivo de identificar nuevos riesgos, evaluarlos y establecer medidas de control.

- Durante el mes de junio se realizaron monitoreo de riesgos semestral con todas las dependencias que hacen parte de las diferentes direcciones (Rectoría, Ciencia, Tecnología e Innovación, Académica, Administrativa y Financiera, Extensión y Secretaría General) el monitoreo se enfocó principalmente en:
    - Revisar y ajustar los riesgos inherentes de cada proceso.
    - Revisar y ajustar la magnitud de la probabilidad e impacto de cada riesgo.
    - Revaluar y ajustar (redacción y valoración) los controles que mitigan los riesgos.
    - Tener un panorama vigente de la exposición al riesgo de cada proceso.

  Este proceso de monitoreo se alineará con el área de control interno, de tal manera que se logre sinergia y que, a través de auditoría de controles basado en riesgo, se logre concentrar los riesgos en niveles bajos y que puedan ser tolerables y asumibles por la institución, para casos en que estos se desvíen de niveles aceptables de la organización se puedan generar las alertas necesarias y de manera preventiva.

- Se concluyó a satisfacción el proyecto de consultoría de analítica de datos en modelos de riesgos financieros para la evaluación, medición, proyecciones y generación de alertas tempranas, el cual finalizo el 8 de agosto con la capacitación a todos los usuarios. Se cuenta con los modelos riesgos de la IPS CES, CVZ y Universidad CES. Se acordó correr el modelo de riesgos cada tres o seis meses como máximo liderado desde la oficina de Riesgos, previa actualización de la data que es un insumo muy importante que lo aporta los lideres funcionales. Es importante que, si los gerentes y la dirección financiera va a correr el modelo de riesgo, lo notifique a la oficina de riesgos para acompañarlos en el proceso. Los resultados se elevarán a la instancia del Comité Financiero, Auditoria y Riesgos para su respectivo análisis. (Ver resultados capítulo 3- Resultados de modelos de riesgos financieros).

- El área de gestión del riesgo adquirió un software para el sistema de gestión integral del riesgo, a través de este sistema se podrá generar una mayor interacción con los lideres de los procesos de riesgos, alertas preventivas, seguimiento permanente con flujo de procesos y responsabilidades de las personas, generación de indicadores e informes en tiempo real, asimismo se podrá visualizar el resultado del perfil residual de cada uno de los riesgos y de esta forma podremos ver el efecto de los controles en los riesgos, que hoy no se tiene. Se espera que para el mes de agosto salga en productivo y podamos iniciar con este proceso, lo bueno de esto, es que no solo son los riesgos corporativos y de los subsistemas de riesgos, sino también matrices de auditorías para seguimiento de los planes de acción, riesgos en salud y seguridad del paciente que incluye a la IPS, matrices de riesgos y peligros de Seguridad y Salud en el Trabajo, y se espera vincular a CVZ cuando se complete el proceso de las matrices de riesgos de los procesos y de seguridad del paciente.

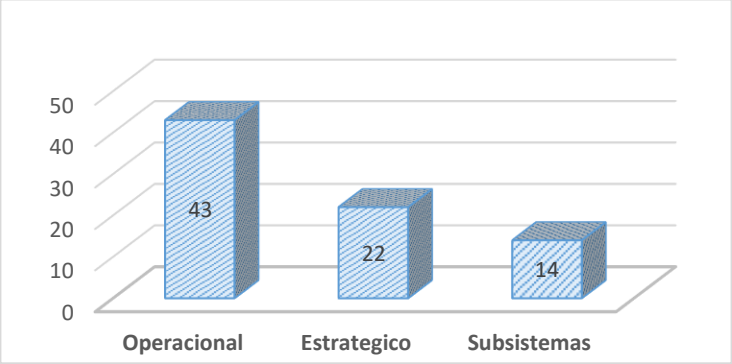
2 Seguimiento y monitoreo de los riesgos

Entre el 17 de junio de 2024 y el 18 de julio de 2024 se realizaron reuniones con 31 áreas de la Universidad CES. La metodología se llevó a cabo con debates tipo taller en los que se calificaron los principales riesgos inherentes que impactan al área y los controles que mitigan estos riesgos con su porcentaje de efectividad, medido a través de la calificación de variables de diseño del control.

Actualmente, la Universidad CES cuenta con 79 riesgos corporativos transversales, cada uno de los cuales impacta una o más áreas de la organización.

La distribución de los riesgos por categorías es la siguiente:

Gráfico 3 – Número de riesgos por Categorías

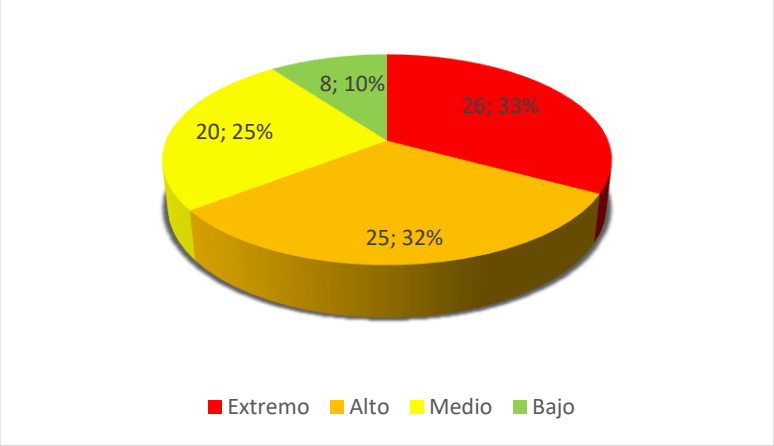


El mayor esfuerzo del ejercicio se centró en evaluar los controles que mitigan cada riesgo, indicando en su descripción la frecuencia, responsable, actividades en caso de hallar desviaciones y evidencia de cada control, para que posteriormente este sea material de evaluación por parte del área de Control interno.

Los 79 riesgos corporativos actuales, tienen la siguiente clasificación en su valoración inherente:

En este monitoreo se observa que más del 50% de los riesgos inherentes están entre altos y extremos. Se espera que, con la aplicación y validación de controles por parte de riesgos y control interno, baje el nivel de riesgo en cuadrantes más tolerables acordes con el apetito del riesgo de la Universidad.

Gráfico 4 – Distribución magnitud del riesgo inherente 2024-I



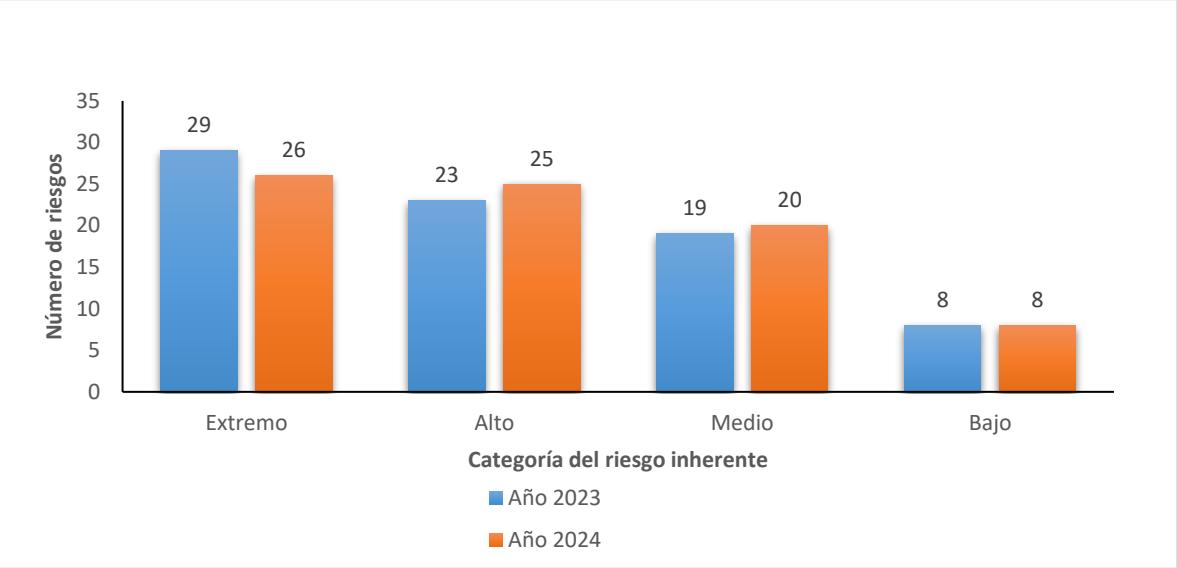
Vale la pena aclarar que, para la valoración del riesgo inherente, es difícil lograr resultados de alta calidad, por la subjetividad de los juicios de expertos y falta de datos históricos para tener una medida más objetiva. Se tienen unos criterios para calificar la probabilidad e impacto, pero no deja de ser subjetivo.

A pesar de que el número de riesgos se mantuvo constante durante el transcurso de los periodos 2023-II y 2024-I, en los talleres se llevó a cabo una evaluación de la escala de la probabilidad de ocurrencia e impacto de cada riesgo con los líderes de los procesos y en aquellos en los que

contribuían dos o más áreas en su mitigación, se promedió el concepto de todos los líderes para calcular una nueva probabilidad de ocurrencia e impacto y con la combinación de estas dos variables, se determinó una nueva escala de riesgo inherente. De esta forma, aunque se tienen los mismos 79 riesgos corporativos, estos pueden presentar diferencias en su escala de valoración inherente entre ambos años.

En la siguiente gráfica se muestra una comparación del número de riesgos por categoría para los años 2023-II y 2024-I.

Gráfico 5 – Comparación de riesgos 2023 -II vs. 2024-I



Los riesgos residuales, son aquellos que se obtienen luego de la aplicación de controles, que en el caso de la Universidad CES, serán calculados por la herramienta tecnológica ALMERA una vez se finalice su implementación en ambiente productivo.

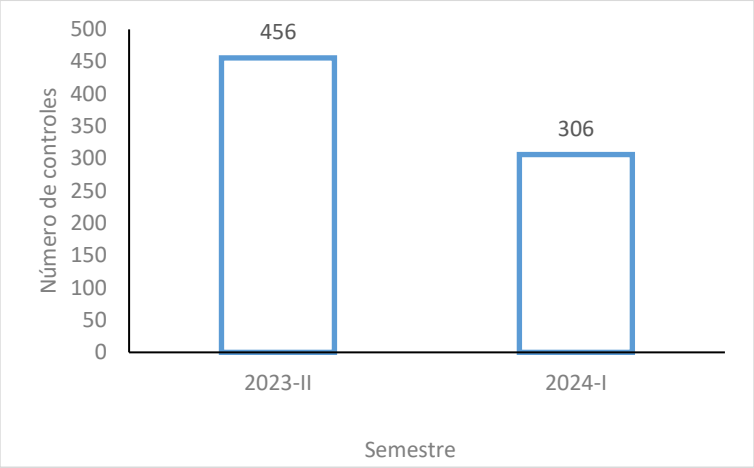
Se partió de un inventario de **456 controles** y luego de concluido el ejercicio quedaron **306 controles** que mitigan los 79 riesgos.

Hubo una disminución total de 150 controles, equivalente al 32.89%, de los cuales se eliminaron 158 porque eran redundantes o no mitigaban el riesgo y se adicionaron 8 controles nuevos, con un balance final de 150 controles menos.

Tabla 5 – Variación del número de controles

Variación total en número de controles	
Total controles eliminados	-158
Total nuevos controles	8
Total variación absoluta de controles	**-150**
Variación total porcentual	**-32,89%**

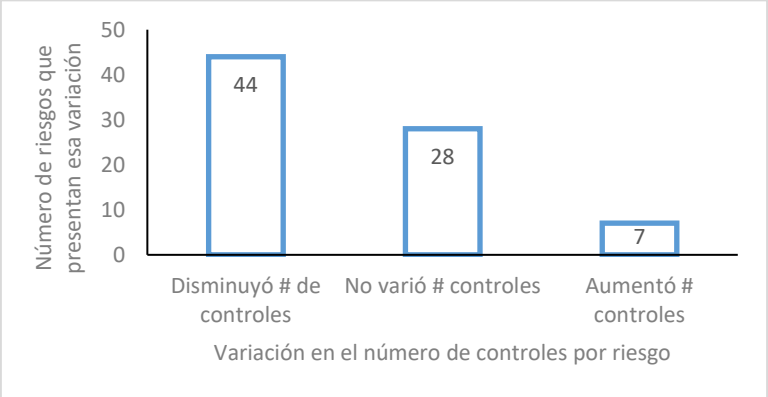
Gráfico 6 – Controles vigentes por semestre



Esta disminución en el número de controles facilita la administración de la matriz y hace más viable realizar una prueba de recorrido y comprobación de estos.

Haciendo una distribución de número de controles por riesgo, la mayoría de estos, disminuyeron en número de controles que los mitigan, otros mantuvieron el mismo número de controles y solo unos pocos aumentaron el número de controles, así:

Gráfico 7 – Variación de número de controles por riesgo 2023 II vs 2024 I



Como se puede observar en la gráfica anterior, 44 de los 79 riesgos, equivalente al 56%, disminuyeron su número de controles, 35% mantuvieron el número de controles y tan solo 9% los aumentó.

Se definió un plan de acción para cada control con oportunidades de mejora, por lo cual se cuenta con una lista de 78 planes de acción que deben ser revisados en los próximos trimestres por parte del área de Gestión del Riesgo y Control interno. Cada plan de acción tiene un responsable y plazo de implementación, similar a las recomendaciones de auditoría.

Asimismo, se definió un plan de trabajo en coordinación con el área de control interno quien acompañará al área de riesgos en un plan piloto de monitoreo y verificación de controles y especialmente en los planes de acción definidos relacionados inicialmente con la Dirección Administrativa y Financiera, focalizando el ejercicio en los controles claves.

A continuación, se muestra la información que será objeto de validación de controles por parte del área de riesgos y de control interno para la Dirección Administrativa y Financiera.

La Dirección Administrativa y Financiera es la que agrupa mayor número de controles, aportando 140 controles, lo que equivalen al 46% del total de controles de la Universidad.

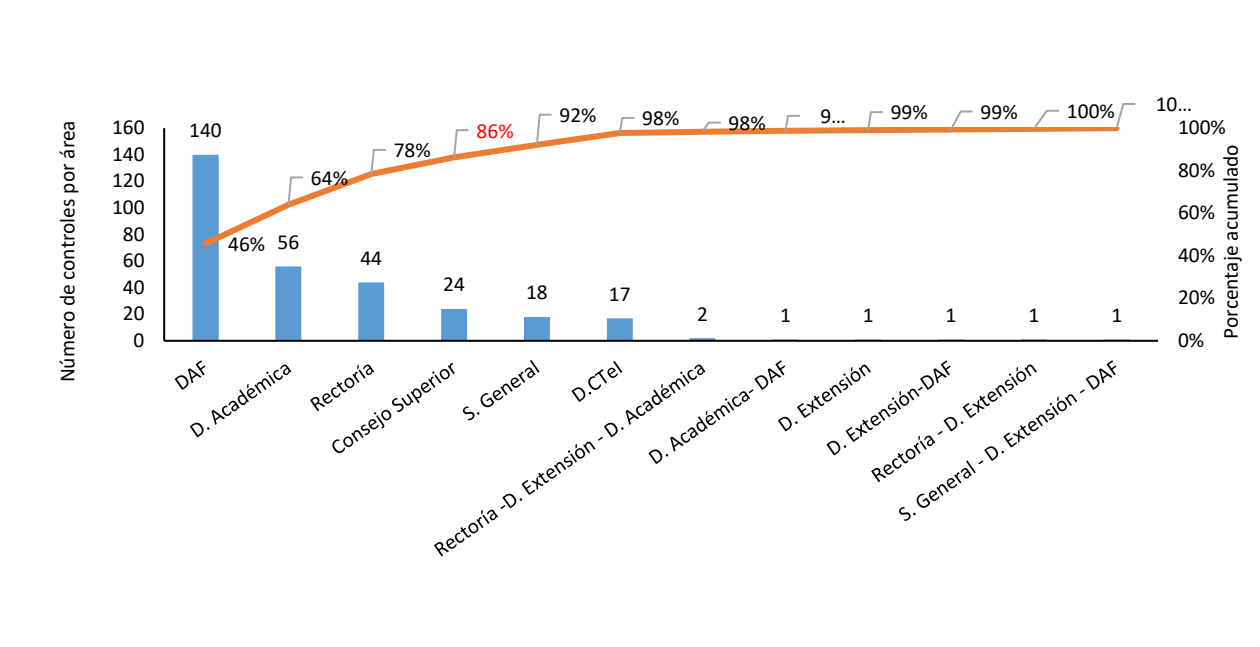
Es importante destacar que, haciendo un Pareto, los datos revelan que, entre la Dirección Administrativa y Financiera, la Dirección Académica, la Rectoría y el Consejo Superior, están contenidos 264 controles, lo cual representa 86% del total de los controles de la institución, de modo que, estas cuatro direcciones, abarcan más del 80% de los controles. Se aclara que el consejo Superior se coloca como responsable de la gestión del riesgo para los procesos asociados al cumplimiento de la política y procedimiento de los subsistemas de administración de riesgos como son (SARLAFT-PTEE-SICOF).

A continuación, se muestra en la siguiente gráfica, en las barras azules verticales, el número de controles a cargo de cada Dirección, lo cual permite dimensionar la participación de cada Dirección en el conglomerado de controles. Existen algunos controles compartidos entre varias áreas, los cuales se distinguen en la gráfica, por tener las abreviaturas de cada área separadas por un guion.

Por otro lado, la línea naranja, muestra el porcentaje de controles acumulados (frecuencia relativa acumulada), de modo que cada dato acumula los anteriores. Es así como, el segundo valor representa el porcentaje de controles a cargo de la Dirección Administrativa y Financiera y la Dirección Académica; el tercero representa el porcentaje de controles de estas dos áreas sumado a los de Rectoría, y así sucesivamente.

Este esquema visual, permite dilucidar lo expuesto anteriormente, que afirma que las primeras cuatro áreas de la gráfica abarcan el 86% de los controles de la matriz corporativa.

Gráfico 8 – Distribución controles por Direcciones



Es clave el ejercicio que se va a realizar con el área de control interno ya que para el segundo semestre inicia la fase de planeación y presupuesto y esto debe tener una relación y coherencia

para iniciar las acciones que especialmente requieren intervención inmediata y que además requieran presupuesto.

En cuanto al número de controles por riesgo, este dato varía entre 1 y 52, con un promedio de 4 controles por riesgo.

El valor máximo, correspondiente al riesgo que es mitigado por 52 controles es un dato atípico (observación que es numéricamente distante del resto de los datos), toda vez que, después de este, ordenándolos de mayor a menor, el siguiente riesgo con mayor número de controles tiene 11.

El riesgo con 52 controles es transversal a la institución y está relacionado con incumplimientos a la normatividad vigente aplicable a la Universidad, de modo que todas las áreas que pertenecen a las Direcciones de la Institución contribuyen a su mitigación, cada una aportando sus controles, para lograr cubrir el universo de la normativa aplicable.

La distribución total de controles por riesgo es la siguiente:

Tabla 6 – Rango de controles por riesgo

Rango de número de controles por riesgo	Total riesgos cuyo número de controles está en el rango	Porcentaje riesgos	Número total de controles en el rango
Entre 1 y 5 controles por riesgo	65	**82,28%**	152
Mayor a 5 hasta 10 controles por riesgo	12	**15,19%**	91
Mayor a 10 hasta 15 controles por riesgo	1	**1,27%**	11
Mayor a 15 controles por riesgo	1	**1,27%**	52
Total	***79***	**100%**	**306**

2.1 Verificación cumplimiento de controles- Área de compras

En los días 15 y 16 de agosto del 2024 se hizo verificación al área de compras adscrita a la Dirección Administrativa y Financiera, como parte del plan piloto que se tiene en coordinación con el área de control interno para revisar el cumplimiento y eficacia de los controles que se tiene para la mitigación de los riesgos, el cual tuvo como objetivos:

- Monitorear la ejecución de los controles y reportar la eficacia de estos en la mitigación de los riesgos, conforme a la periodicidad establecida.
- Presentar oportunidades de mejora a la administración en el diseño e implementación de los controles.

Se revisaron en total 13 controles, solicitando evidencias de cada uno de ellos.

A cada control se le evaluaron dos variables, así:

Cumplimiento: que sí se esté ejecutando.

Eficacia: que el control sí aporte a su objetivo de mitigación del riesgo.

Tabla 7 – Porcentaje de cumplimiento de controles

Cumplimiento	# controles	%
Proceso de implementación	2	15%
No se ejecuta	2	15%
Cumplimiento parcial	2	15%
No se pudo evaluar	1	8%
Cumplimiento total	6	47%
Total	**13**	**100%**

Tabla 8 – Eficacia de cumplimiento de controles

Eficacia	# controles	%
Baja	5	38%
Media	3	23%
Alta	3	23%
No aplica (está en proceso de implementación)	2	16%
Total	**13**	**100%**

En cuanto al cumplimiento, el 30% de los controles, o no se ejecutan o están en proceso de implementación, el 15% se ejecutan parcialmente (cumplimiento inferior al 100%), el 8% no se pudo evaluar (control en el que participan más áreas y no fue posible validarlo) y el 47% tienen cumplimiento total (se ejecutan).

Con respecto a la eficacia, el 77% tiene eficacia baja, media o no aplica la medición de esta variable porque el control aún no opera. El 23% restante tiene eficacia alta.

En resumen, se puede concluir que el proceso en su mayoría presenta controles débiles.

La presentación del informe detallado sobre los hallazgos y las recomendaciones fue entregado a la Dirección Administrativa y Financiera y al líder de Compras.

2.2 Reporte de eventos materializados

Para este primer semestre 2024-I, el área de Tesorería reportó un evento materializado ocurrido el 30 de abril de 2024, este evento está relacionado con el riesgo de fraude para el centro de servicio en Castropol, esta situación se ha vuelto un tema de tan delicado, dado que ya son reiterativos los eventos especialmente en esta sede. Esta situación ocurre por temas de falta segregación de funciones y vacíos en los procesos administrativos

Control interno va a revisar el proceso definido de facturación y recaudo y recomendará las medidas necesarias para mitigar este riesgo y fortalecer los controles donde se evidencie vacíos o inexistencia de los mismos.

Dirección: *Administrativa y Financiera*

Área quien reporta: *Tesorería*

Cargo: *Auxiliar de tesorería*

Tabla 9 – Riesgo materializado - categoría de fraude

Riesgo asociado	*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**.***
Que ocurrió	Al realizar la conciliación de la cuenta bancaria de uso exclusivo de Castropol, se detectan 5 recibos de caja que no coincidían ni en valor ni en fecha con las consignaciones pendientes por registrar en el sistema. Se le solicitó al cajero que aclarara la información, remitiendo los soporte de consignación y se le Informó a Leidy Johana Cartagena la situación, ella contestó que el cajero tenía unas facturas en cartera y que por eso había elaborado los recibos de caja, desde la tesorería se procedió con la revisión de los videos de seguridad en las fechas y horas de elaboración de las facturas que se encontraban en cartera, y allí se pudo evidenciar que el cajero recibía el dinero en efectivo y no elaboraba el recibo de caja**.**

Como acciones inmediatas a seguir, Tesorería, en coordinación con áreas claves del proceso, citaron al cajero, para las indagaciones respectivas, así mismo se tomaron decisiones como, despido de la persona y denuncia ante la fiscalía.

2.2.1 Seguimiento de las acciones establecidas para mejoramiento de los procesos financieros

El área de gestión del riesgo recomendó unas acciones de mejora para fortalecer y fomentar un ambiente de control en los procesos financieros.

Asimismo, se encuentran las recomendaciones que desde la revisoría fiscal se solicitaron para abordar y mitigar el riesgo de fraude.

Tabla 10- Seguimiento a las recomendaciones para fortalecimiento de los controles financieros

ID	Recomendaciones para fortalecimiento de los controles	Áreas implicadas en la ejecución del control	Avance de las recomendaciones por las áreas implicadas	% de avance
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	Como mecanismo para fortalecer el Ambiente de Control en la Universidad, desde el pasado mes de mayo, se ha creado el área de Control Interno, quien tiene a cargo el aseguramiento en los procesos claves en la institución mediante el entendimiento y evaluación de los riesgos y controles claves, en un trabajo coordinado con el área de riesgos, generando las alertas tempranas a la Administración y en especial al Comité Financiero, Auditoría y Riesgo; adicionalmente apoyando el proceso de implementación de las recomendaciones y oportunidades de mejora emitidas por los entes de control. Plan de Acción: Control interno abordara inicialmente los procesos financieros y realizara auditoría a los controles existentes para generar planes de mejoramiento.	100%
2	• Fortalecer los procesos sancionatorios • 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	El Reglamento Interno fue revisado por un abogado de la regional de trabajo y lo encontró ajustado a las normas laborales, solo hizo la corrección de una sanción que aparecía repetida, en el literal d de ambos artículos (47 y 48) y traerían problemas en el momento de su aplicación. "ESCALA DE FALTAS Y SANCIONES DISCIPLINARIAS ART. 47. —Se establecen las siguientes clases de faltas leves, las correspondientes sanciones disciplinarias, así: d) La violación leve por parte del trabajador de las obligaciones contractuales o reglamentarias. ART. 48. —Constituyen faltas graves: d) Violación grave por parte del trabajador de las obligaciones contractuales o reglamentarias." Razón por la cual se determinó dejar vigente el literal d del articulo 77 y eliminar el literal de del artículo 48. Es de aclarar que en los procesos disciplinarios se respeta el derecho fundamental del Debido Proceso en cada una de sus etapas.	100%

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	La Tesorería ha venido realizando acciones enfocadas al control y disminución del uso de dinero en efectivo en los diferentes puntos de recaudo de la Universidad y sus centros de servicio, como lo son QR con Bancolombia, Billetera digital con Davivienda, maquina recaudadora con Brinks de Colombia. Adicionalmente, se ha estipulado un plan de trabajo con relación a los arqueos de caja, aumentando su periodicidad y con el apoyo de la central de monitoreo, se hacen revisiones aleatorias de los videos de seguridad de los puntos de recaudo. Plan de Acción Establecer un lineamiento desde la administración central, hacia los centros de servicio en el que se establezcan acciones enfocadas en la minimización de dineros en efectivo y que se facilite la implementación de herramientas tecnológicas que permitan la autogestión de los usuarios.	70%
4	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	Cargos y perfiles actualizados. Se cuenta con matriz de anterior estructura Se inicia proceso de clasificación para definir cargos en los cuales se hace polígrafo y/o visita domiciliaria	50%
5	Delimitación de las responsabilidades y funciones que deben realizar especialmente el personal de la gestión financiera	Desarrollo Humano – Dirección administrativa y financiera	Se levantaron todos los cargos y perfiles y se definieron y establecieron las funciones segregadas	100%
			La Dirección Administrativa y Financiera debe avanzar en el plan de trabajo propuesto para la implementación de los cambios	
			Solicitud de nuevas personas para garantizar segregación de funciones	100%
			Vinculación de nuevas personas para la segregación de funciones. En proceso de selección, ingreso depende de la fecha en que se	30%

			establezca por parte de la Dirección Administrativa y Financiera	
6	Actualizar y documentar los procesos principalmente de gestión financiera y definir los roles, perfiles y permisos para el manejo del sistema del ERP.	Dirección Administrativa y financiera – Desarrollo Humano- Planeación -Tecnología de la Información,	Desde la Tesorería, con el acompañamiento del área de planeación, se ha venido realizando la actualización de procedimientos e instructivos asociados a esta área. Plan de Acción Completar la actualización de los procedimientos existentes e iniciar con documentación de actividades que no se han formalizado.	70%
7	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.	Desde la Tesorería se documentó y escaló la solicitud al comité administrativo, para la reclasificación de un cargo auxiliar a analista, que cumpla las funciones inherentes del cargo y asimismo las nuevas responsabilidades asociadas a los procesos financieros del personal de los centros de servicio. A la espera de la decisión del comité administrativo.	50%
8	Definir una política integral sobre el manejo del fraude	Dirección Administrativa y Financiera – Planeación – Gestión del Riesgo	Se coordinará con Control Interno la definición de la política	0%
9	Soportar desde la dirección administrativa y financiera el personal de las sedes que tiene funciones financieras para que se les rindan cuenta a los que lidera los procesos	Dirección administrativa y financiera – gerentes	Desde la Tesorería se revisará con la Dirección, el modelo de integración con los centros de servicio, con relación a los procesos financieros.	0%

3 Modelos de riesgos financieros

Conforme a lo establecido en la Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS-, la cual imparte 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. Para este lineamiento, se deben priorizar unos riesgos a los que la Universidad y sus sedes podrían estar expuestos, esto con el objetivo de fortalecer la prestación de los servicios, los procesos operativos y estratégicos, promover el autocontrol y autorregulación, que mitigue y evite la ocurrencia de eventos que impacten negativamente a la institución.

En la siguiente tabla se detallan los riesgos priorizados de acuerdo con lo establecido por la normatividad aplicable y la categoría definida según el subsistema de administración de riesgos para desarrollar el ciclo general de riesgos, según la guía metodológica definida y aprobada por el consejo superior

Tabla 11- Riesgos prioritarios según la norma de la SNS

Riesgos priorizados según la norma CE 20211700000004-5 de 2021	Subsistemas de Administración de Riesgos
Riesgos Operativos	Para el cálculo del riesgo operativo, se tomaron variables como el costo de oportunidad por la demanda que no se atiende por infraestructura física (Espacios) y recurso humano)
Riesgo de Crédito	Probabilidad de que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia de que sus deudores o contrapartes no cumplan sus obligaciones en los términos acordados
Riesgo de Liquidez	Probabilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a mediano y largo plazo.
Riesgo Actuarial	Probabilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir obligaciones futuras que se acordaron
Riesgo de Grupo	La Universidad CES y en especial la IPS CES, no hace parte de un grupo empresarial. Por lo tanto, **el Riesgo de Grupo** no es considerado para el ciclo general de la gestión del riesgo de la Institución.
Riesgos en Salud	**Riesgos Corporativos** Aplicable a la IPS CES (Almacentro, Sabaneta, Poblado). Enfocado a la Seguridad del paciente
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT/PADM
Riesgos de Mercado de Capitales	El riesgo de mercado se define como las pérdidas debido a movimientos inesperados en variables de mercado tales como la tasa de interés, precio de las acciones y/o la tasa de interés. En el caso particular del CES, se realizará el análisis de exposición al riesgo en la colocación de CDTs y Fondos de

	Inversión en Carteras Colectivas (FICs), puesto que los excesos de liquidez de la institución se concentran en estos activos financieros.

3.1 Resultado de pronóstico de riesgos por sedes

A continuación, se muestra el resumen de los resultados del análisis de riesgos financieros. Se presentan la media de las potenciales pérdidas, y los intervalos de predicción al 95% de confianza. Los valores están dados en millones de pesos. Se resalta en rojo la mayor pérdida promedio para alertar sobre la misma y tomar acciones. Es importante mencionar que el riesgo de liquidez se multiplicó por menos uno para hacer las cifras comparables. Además, el intervalo de confianza del valor en riesgo está dado por los registros históricos.

Las fechas de estimación y predicción de los modelos de riesgos fueron:

Fecha de estimación: 01/01/2023 a 31/12/2023

Fecha de predicción: 01/01/2024 a 31/12/2024

Modelo de predicción Universidad CES

De acuerdo con el resultado, se resalta en rojo que el riesgo de mercado de capitales por CDTs es el más elevado, puesto que los CDTs, normalmente no se transan en un mercado secundario, ya que la Universidad no realiza operaciones con los CDT antes de las fechas de vencimiento, por lo tanto, el riesgo no se materializa.

	Media	Percentile 2.5%	Percentile 97.5%
Operativo	$312.56	$0.00	$1,121.21
Crédito	$44.32	$17.11	$79.85
Liquidez	-$28,532.55	-$28,473.14	-$28,590.55
VeR CDTs	$1,064.85	$223.27	$1,355.39
VeR FICs	$277.90	$191.11	$279.47

Modelo de predicción IPS CES

Se aprecia en rojo que el riesgo más elevado en la IPS es el riesgo de crédito, el cual, en la estimación optimista (percentil 2.5%), tiene asociado un valor de $0 y en el escenario pesimista (percentil 97.5%), se encuentra asociado un valor de $171.82 millones de pesos, con una media de $104.08 millones de pesos. La pérdida se podría presentar en el caso hipotético de que la EPS no pague a la IPS, que sería un suceso particular que hasta el momento nunca ha ocurrido.

	Media	Percentile 2.5%	Percentile 97.5%
Operativo	$62.53	$56.76	$68.33
Salud	$12.50	$8.20	$17.27
Crédito	$104.08	$0.00	$171.82
Actuarial	$41.01	$0.00	$453.50
Liquidez	-$511.30	-$460.79	-$559.46

Modelo de predicción CVZ

De acuerdo con el resultado, se resalta en rojo que el riesgo operacional, interpretado como costo de oportunidad, por el exceso de demanda no satisfecha por falta de recurso humano, es el más alto. Sin embargo, este resultado genera duda, ya que en la interpretación por el Gerente y el personal de CVZ dice que la capacidad de los laboratorios de muestras de atención a pacientes es por turnos y no por días como mostro el modelo, la atención que arroja el modelo es de 16 pacientes/día. Este dato será revisado.

	Media	Percentile 2.5%	Percentile 97.5%
Operativo	$703.86	$669.05	$739.09
Salud	$4.47	$0.90	$9.02
Crédito	$202.26	$0.00	$1,570.87
Liquidez	-$5,874.99	-$5,739.43	-$6,021.87

4 Canal de Transparencia de la Universidad CES

En el año 2019 se creó el canal de transparencia y la línea ética, este se ha convertido en un medio de comunicación, donde los grupos de interés han reportado todo tipo de situaciones que consideran se le han vulnerado y violado los derechos en la Universidad CES y en los centros de servicios.

A la fecha, desde su creación, se han recibido 31 denuncias, que en su mayoría obedecen a: *Acciones que atenten contra los derechos humanos o la dignidad de las personas, Irregularidades en cumplimiento de normas y política y Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad.*

Por su parte, se observa que, en el año 2023, se reportó el mayor número de denuncias a través del canal de transparencia y la línea ética, le sigue este año 2024, que a corte al mes de agosto del 2024 se han registrado 9 denuncias. Asimismo, es importante resaltar que la mayoría de las denuncias es reportada por los *Estudiantes*, aportando el 35%, esto equivale a 11 denuncias en total, le sigue la categoría de *Otro tipo de Ciudadano* con 7 denuncias y por último *clientes* y *empleados* con 5 y 4 denuncias respectivamente.

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 9 – Número de denuncia por grupo de interés

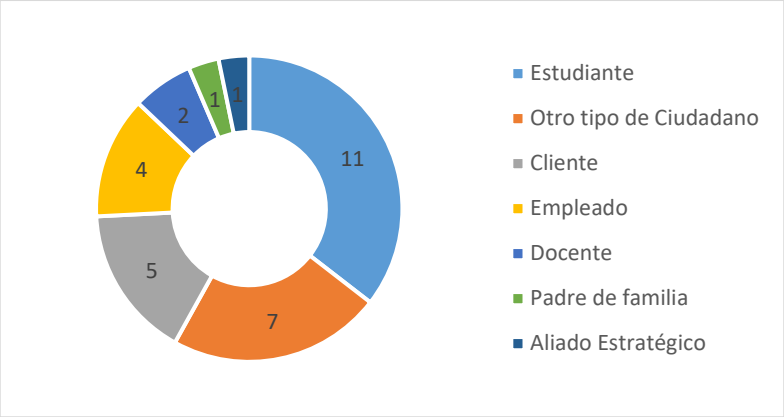
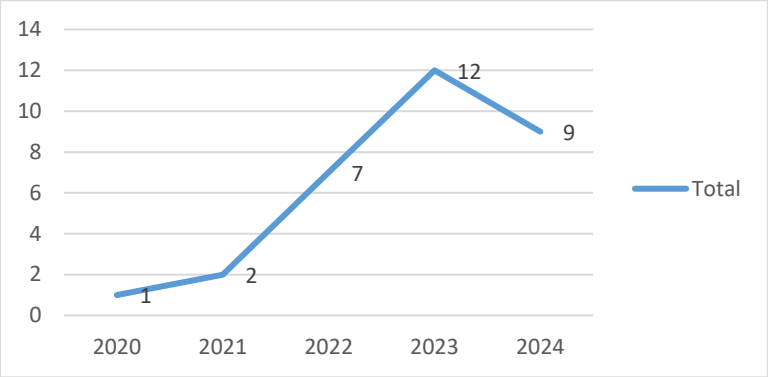


Gráfico 10 – Número de denuncia por año



Por su parte, es importante mencionar los tipos de denuncias que se han realizado en este año 2024 a través del canal de transparencia y la línea ética. De los 9 casos 2 obedecen a situaciones de Acoso sexual, también se evidencian casos de salud mental y derechos de petición sobre salud mental y de vulneración de derechos

Tabla 12- Tipo de denuncias por dependencia/facultad

Dependencia/facultad a la que denuncia/Tipo de denuncia	Nro. De denuncias
2024	**9**
Acción de Tutela	**1**
CVZ	1
Acciones que atentan contra los principios, los valores y la buena conducta.	**1**
Convenio FUCS -CES APH	1
Aceptar beneficios o prebendas a título personal que puedan influir en las decisiones o representar favorecimiento en el relacionamiento con terceros.	**1**
Compras	1
Acoso sexual	**2**
Convenio FUCS -CES APH	1
IPS	1
Comportamientos que afecten el buen nombre de la Universidad, de la comunidad académica o de sus usuarios, clientes y proveedores.	**1**

Universidad (Común- Sec. General)	1
Derecho de petición	**1**
Facultad de medicina	1
Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas.	**1**
Odontopediatría	1
Riesgo en la salud mental de los estudiantes	**1**
Facultad de medicina	1
Total general	**9**

Actualmente la oficial de cumplimiento es la responsable del proceso de recepción, tramite y cierre de las denuncias, el flujo de responsabilidades para abrir el proceso inicia a través de Secretaría General, no obstante, hay una necesidad de hacerle una mejora a este proceso, se revisará en el Comité de Conducta y Buen Gobierno Organizacional, las responsabilidades que se tendrá, dado que es importante por transparencia del proceso, que este no quede en cabeza única del oficial de cumplimiento, sino de control interno, comité o quien designe este órgano.

5 RECOMENDACIONES GENERALES

- Con la creación del comité Financiero, Auditoria y Riesgos, y la participación del área de riesgos y de control interno en este espacio, hay mayor interacción de los órganos de gobierno con estas áreas y se vuelve un espacio de conocimiento general de la estrategia y de las preocupaciones que desde los máximos órganos de gobierno pueden tener. En este espacio, se llevan temas de toma de decisión o de revisión para ser elevada al consejo superior.

- Con la nueva participación en la institución del área de control interno, en coordinación con el área de gestión del riesgo se encuentra definiendo y articulando acciones para trabajar y fortalecer el ambiente de control en la institución y la mitigación de los riesgos, que garanticen el cumplimiento de los mismos y la evidencia que estos generan con el fin de asegurar su aplicabilidad y tratamiento

- Integrante activo del Comité de Conducta y Gobierno Organizacional, que se articulará con el comité Financiero, Auditoria y Riesgos, este tendrá como objetivo apoyar al Consejo Superior, en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna de la Universidad, conflictos de interés, cumplimiento del código ética, conducta y buen gobierno, así como evaluar anualmente el desempeño del Consejo Superior, la rectoría y demás órganos de gestión, la auditoría interna y el monitoreo de negociaciones con tercero.

- El 08 de agosto se finalizó el proyecto a satisfacción de consultoría de analítica de datos en modelos de riesgos financieros para la evaluación, medición, proyecciones y generación de alertas tempranas. Los riesgos que se modelaron son: Operacional, Salud, Liquidez, actuaria, crédito y mercado de capitales. Este modelo de riesgos aplica para la IPS, CVZ y Universidad CES. Se acordó correr el modelo de riesgos cada tres o seis meses, liderado desde la oficina de Riesgos, quienes deberán velar porque se ejecute esta acción. Los resultados se elevarán a la instancia del Comité Financiero, Auditoria y Riesgos para su respectivo análisis y toma de decisiones.

- El área de gestión del riesgo adquirió un software para el sistema de gestión integral del riesgo, a través de este sistema se podrá generar una mayor interacción con los lideres de los procesos de riesgos, alertas preventivas, seguimiento permanente y con flujo de procesos y

responsabilidades de las personas, generación de indicadores e informes en tiempo real, se espera que para el mes de agosto salga en productivo y podamos iniciar con este proceso, lo bueno de esto, es que esta herramienta no solo incorporo los riesgos corporativos y de los subsistemas de riesgos, sino también matrices de auditorías para seguimiento de los planes de acción, riesgos en salud y seguridad del paciente de la IPS, matrices de riesgos y peligros de Seguridad y Salud en el Trabajo, y se espera vincular a CVZ.

- Se debe hacer una mejora al canal de denuncia, se revisará en el Comité de Conducta y Buen Gobierno Organizacional, las responsabilidades que se tendrá, dado que es importante por transparencia del proceso, que este no quede en cabeza única del oficial de cumplimiento, sino de control interno, comité o quien designe este órgano.

- Para el segundo semestre se tiene contempladas las siguientes gestiones en materia de gestión del riesgo:

    - El 10 de septiembre está programado el taller de riesgo estratégicos que tendrá la participación del comité administrativo, gerentes y representante del superior.
    - Se actualizará el manual, políticas y procedimiento del sistema de gestión integral del riesgo.
    - El 26 de septiembre se programó el taller de riesgos para la IPS en materia de seguridad y Salud en Paciente.
    - En los meses de agosto y septiembre se programado el monitoreo trimestral del cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos (SARLAFT, SICOF, PTEE).
    - En coordinación con el área de control interno, se tiene programado prueba piloto de validación cumplimiento de controles para la mitigación de los riesgos corporativos.
    - En noviembre se tiene programado monitoreo semestral a la gestión de riesgos corporativos, que tiene como objetivo la revisión de los riesgos inherentes, la efectividad de los controles y la evaluación de los riesgos residuales.
    - Capacitación en temas de Debida Diligencia al personal que apoya el cumplimiento de la política de riesgos, este se desarrollará el 13 de septiembre.

Fin