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)*

Control Interno

Oficina de Gestión del Riesgo

Dirigido a: Consejo Superior

27 de noviembre de 2024

Medellín, 27 de noviembre de 2024

Señores
Consejo Superior
Universidad CES
Medellín

ASUNTO: ***Informe de gestión semestral "Subsistemas de Administración de Riesgos" y de Control Interno.***

Estimados doctores

El presente informe, se detallan los avances y gestiones que se han realizado durante el segundo semestre del año en curso. Para el cierre del año 2024, se mostrará el estado general frente al cumplimiento de los controles de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como el seguimiento y monitoreo de la gestión de riesgos estratégica y de procesos administrativos.

Se destaca la labor coordinada que se tiene ente las áreas de control interno y gestión del riesgo estableciendo sinergias y trabajo colaborativo para el establecimiento de planes de trabajo como mecanismo para fortalecer el ambiente de control en la Universidad, que busca el aseguramiento en los procesos claves en la institución mediante el entendimiento y evaluación de los riesgos y controles, generando las alertas tempranas a la administración central y en especial al Comité Financiero, Auditoría y Riesgos; adicionalmente apoyando el proceso de implementación de las recomendaciones y oportunidades de mejora emitidas por los entes de control.

Por su parte mencionaremos los logros alcanzados durante el año 2024 que fueron de alto impacto para el mejoramiento de los procesos de los subsistemas de Administración de riesgo, y para la gestión administrativa de la Universidad.

Por último, se resalta la importancia que ha tenido la creación de los comités Financiero, Auditoría y Riesgos y de Conducta y Buen Gobierno Organizacional, el cual se establecieron como apoyo y asesoría al Consejo Superior en diversos temas, tales como gestión de riesgos, planes mejoramiento para la prevención y mitigación de riesgos, informe y actividades de control interno, seguimiento y control permanente a la operación de la Universidad y su situación financiera presente y futura. Así como temas de conflictos de interés, evaluación a los órganos de gobierno, entre otros temas que sean de interés para el mejoramiento de la Institución.

La oficina de Gestión del Riesgo y Control Interno se encuentra atentos 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
Cel: 3103808139

1. CUMPLIMIENTO NORMATIVO

En este capítulo se detallan los aspectos relacionados con el cumplimiento normativo de conformidad con las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las directrices y lineamientos establecidas en la Política de Debida Diligencia de los subsistemas de administración de riesgos y lo contemplado en el Código de Ética, Conducta y Buen Gobierno de la Universidad CES.

A continuación, menciono para conocimiento las normas y documentos aplicables para la Universidad CES en materia de gestión integral del riesgo:

•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

1.1 Monitoreo y verificación de los subsistemas de administración de riesgos

Entre el 23 de septiembre y el 8 de octubre del 2024 se realizó el monitoreo y verificación al cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política de Debida Diligencia, en los roles y responsabilidades de las áreas que apoyan en el cumplimiento del mismo. Se visitaron 35 áreas administrativas y académicas y se tuvo un total de 23 reuniones virtuales y presenciales.

Como resultado en cada revisión se les envió las conclusiones y planes de mejoramiento con los plazos establecidos para su cumplimiento:

1.1.1 Resultado de la verificación

Se identificó un total de 9 hallazgos, clasificados según su criticidad en las siguientes categorías Baja, Media, Alta y Extrema.

El 89% de los hallazgos se concentran en las contrapartes de: Empleados y Proveedores, aportando en su mayoría el (67%) y una criticidad Media.

Se envió un informe detallado a los lideres de los procesos sobre las situaciones encontradas, y las recomendaciones sobre la mejora al proceso

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

	Criticidad del hallazgo				
Tipo de contraparte	**Alta**	**Media**	**Baja**	**Total general**	**Distribución de hallazgos**
Debida diligencia clientes	1	0	0	**1**	**11%**
Debida diligencia empleados	1	3	0	**4**	**45%**
Debida diligencia proveedores	1	3	0	**4**	**44%**
Total general	**3**	**6**	**0**	**9**	**100%**

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

Contrapartes evaluadas	***Hallazgos***	***Criticidad***
Empleado	Se consultaron dos contratos en la plataforma Digisingcol, esta herramienta actualmente soporta a la Universidad en lo documental y gestión administrativa de contratos, se verificaron a empleados que actualmente están laborando. Al momento de la revisión realizada el 24 de septiembre de 2024, dichos contratos no estaban firmados digitalmente por los empleados a través de la herramienta.	**Media**
Empleado	Considerando que, para el caso de docentes intermitentes e independientes, el proceso otorga un plazo para formalizar el contrato y recopilar los documentos de vinculación, 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. Esto también puede tener implicaciones en caso de potenciales accidentes laborales de personas que no cuenten con la afiliación a la ARL. Este hallazgo es reiterativo, también se había incluido en el informe del monitoreo de abril/mayo de 2024.	**Media**
Empleado	Los empleados que firmaron su contrato laboral antes de la implementación de la nueva cláusula de riesgos (año 2023) aún no se ha gestionado el otrosí del contrato, que contenga explícitamente dicha cláusula.	**Media**
Empleado	Persiste la falta de sincronización entre los aplicativos SAP e INCLUCES, lo cual implica que, si se actualizan los datos de los empleados en uno de estos dos sistemas, dichos cambios no se perciben en el otro. El área de Tecnología de la información tiene dentro de su inventario de proyectos este desarrollo, está aprobado dentro del presupuesto y está pendiente el aval de la Dirección Administrativa y Financiera.	**Media**
Proveedores	En la revisión, se encontró nuevamente proveedores de bienes y servicios de la Universidad que no están registrados en la plataforma de INCLUCES o tienen su información desactualizada en dicha plataforma (actualizaron sus registros hace más de un año). Los empleados asumen erróneamente que al ser un proveedor antiguo y estar creados en SAP, es suficiente. Sin embargo, la Universidad definió la plataforma INCLUCES el medio formal de registro, actualización y gestión administrativa de proveedores, por normatividad los proveedores deben actualizar los datos como mínimo una vez al año y esto no se ha logrado cumplir.	**Alta**
Proveedores	La Universidad, anteriormente realizaba las consultas en listas de riesgos de manera manual (había que consultar una a una las listas de riesgos), y por ende solo consultaba la razón social y el Representante legal principal de cada proveedor. Sin embargo; la norma exige consultar, también, los socios o accionistas con participación mayor al 5% y/o beneficiario final. Las condiciones actuales del proceso (herramienta tecnológica Inspektor), permiten cumplir con este requisito; este nuevo lineamiento se dio a conocer a todo el personal de apoyo en las reuniones de verificación, este requisito aplica para la contraparte de proveedores	**Media**

Contrapartes evaluadas	***Hallazgos***	***Criticidad***
Proveedores	Durante las revisiones se evidenciaron casos en los cuales, el proveedor cumplió con todos los requisitos para registrarse y/o actualizar la información con sus documentos anexos en la plataforma INCLUCES. No obstante, se evidenció en algunos casos que el contacto CES no ha realizado la "Gestión administrativa" (pestaña 7 de INCLUCES) e incluso han dejado pasar más de tres meses. Como resultado, el proceso queda incompleto, no efectuando las consultas en listas de riesgo, lo que conlleva a que el proveedor sea bloqueado hasta tanto se cumplan con todos los requisitos. Así mismo, se hizo una reunión con el área de contabilidad para que este asegure que el registro y/o actualización cumpla con todos los requisitos, e incluso se está haciendo un ejercicio muy importante de revisar y validar toda la información y documentación, para dejar al proveedor en estado ACTIVO. Se verifica que el RUT tenga una vigencia de expedición inferior o igual a 1 mes, verificación de su CIIU actividad económica corresponda con el RUT, entre otra información. Sin embargo, se ha detectado que por el tiempo que puede haber transcurrido entre la fecha en que el proveedor realizó el proceso y la fecha en que se lleve a cabo la gestión administrativa por el contacto CES, este se deniegue por no haber cumplido con algunos de los requisitos mencionados anteriormente, y que muchas veces son por la Universidad y no por el proveedor, para todos los casos igualmente las personas encargadas de contabilidad validan y si es el caso deniegan el proveedor hasta tanto se cumpla con todo el proceso que se requiere.	**Media**
Proveedores	Varios proveedores, al completar el formulario en INCLUCES, ingresan correos electrónicos incorrectos para el contacto CES. Algunos ejemplos son: notificaproveedores@ces.edu.co (este es el email desde el cual se envían las notificaciones de INCLUCES, pero no se reciben correos, ya que no es un buzón de recepción), CORREO@ces.edu.co (un correo inexistente) y administracionces@ces.edu.co, que corresponde a un buzón sin un responsable que realice la gestión administrativa. Además, algunos proveedores han registrado como contacto CES correos de dominios gmail, o correos con dominios distintos a @ces.edu.co, así como emails de personas que ya no trabajan en la institución. Todas estas inconsistencias provocan que los correos reboten o no lleguen a la persona adecuada para recibir la notificación necesaria y realizar la gestión administrativa. Como resultado, el proceso en INCLUCES queda incompleto.	**Media**
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. 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 control del 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. No obstante, se hacen las validaciones periódicas, y cualquier situación que se evidencien en el sistema, se solicita al área encargada todas las evidencias de la situación y se hace la solicitud de hacerle firmar el formulario en caso de aplicar y llegue al tope establecido.	**Alta**

1.2 Capacitación y formación 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.

Cumpliendo con este requisito para el año 2024 se establecieron planes de capacitación y formación de los empleados sobre los subsistemas de administración de riesgos dirigidos a todas las áreas y empleados de la institución.

De manera permanente se encuentran los dos cursos de formación virtual autogestionable relacionados con los temas de conocimientos sobre el SARLAFT, SICOF y PTEE y como proceso de mejora, se coordinó con el área de Talento Humano establecer como requisito en las inducciones de los empleados la realización de estos cursos.

En la planeación anual de capitación, se definieron temas como Señales de alerta y Debida diligencia. Para el caso de capacitación proceso SARLAFT, es un espacio donde el área de riesgos sensibiliza permanente la política de debida diligencia y sobre los roles y responsabilidad que tiene cada uno en el proceso de SARLAFT.

Para el año 2024 se han capacitado en total 809 empleados, con un consolidado desde el año 2017 y a la fecha de 3.551 empleados.

Tabla 3 – Consolidado procesos de formación

Procesos de formación Gestión del riesgo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total general
Capacitación proceso SARLAFT					154	194	146	175	669
Capacitación debida diligencia								83	83
Capacitación señales de alerta								87	87
Curso de conocimientos sobre el SARLAFT					389	68	59	138	654
Curso de Generalidades del SICOF y PTEE							97	133	230
Curso de gestión Integral del Riesgo	322	73	168	85	39				687
Inducción empleados SARLAFT y Riesgos			94	155	268	185	246	193	1141
Total general	**322**	**73**	**262**	**240**	**850**	**447**	**548**	**809**	**3551**

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 el cierre del año 2024, se implementó como estrategia de enviar correos personalizados a cada dependencia y facultad, esto se hizo además con el apoyo de uno de los miembros del Consejo Superior, teniendo como resultado, un incremento significativo y positivo para el cumplimiento de este requisito. A la fecha, el porcentaje de cumplimiento cerró con el 87%. Sobre el total del número de empleados, están pendientes 194 empleados, que en su mayoría están pendientes de la Facultad de Medicina, se revisara con el área de nómina, si estos corresponden a docentes adscritos, por lo que es posible que se reduzca su número dado que estas personas no tienen contrato laboral.

Para el 2025 se establecerá un cronograma personalizado, en el cual se hará revisiones con cortes específicos para revisar que empleados han cumplido con la fecha máxima de actualización, para enviar correos personalizados y no masivamente.

A continuación, se detallan las dependencias y facultades pendientes de la actualización anual del año 2024.

Tabla 4– Actualización de datos empleados año 2024

Área/Facultad	**Pendientes de actualización**	**% Actualización**
Facultad de Odontología	13	86%
Facultad de Fisioterapia	4	83%
Facultad de Enfermería	5	82%
Dirección Administrativa y Financiera	14	75%
Facultad de Nutrición	9	90%
Facultad de medicina veterinaria	22	67%
Facultad de Medicina	120	32%
Clínica CES	7	13%
Total	***194***	

1.3.1.1 Análisis de los casos de conflicto de interés reportados por los empleados y directivos en la actualización anual de datos.

El área de gestión del riesgo presentó ante el comité de Conducta y Gobierno Organizacional el reporte de los conflictos de interés declarados por los empleados administrativos, académicos y de los órganos de gobierno, durante el año en curso, del cual se hizo un análisis de los casos que requería ser revisado por la instancia del comité. De los casos presentados se concluyó en primera medida que no existe riesgo de conflicto de interés cuando se trate de familiares o parientes de tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, entre docentes así tengan contratos indefinidos e incluso si pertenecen a la misma facultad, excepto si existe alguna dependencia entre ellos. Por su parte, otro de los análisis que se hizo, es que los órganos de gobierno no deberán tener ningún conflicto de interés, con algún miembro de Sala de Fundadores o Consejo Superior, ni con la Administración de la Universidad CES, este último se refiere con el personal administrativo y académico que tenga nivel directivo y líder de proceso.

De acuerdo con el análisis, se concluyó lo siguiente, de los casos expuestos la mayoría obedecían a casos entre docentes, el cual no tenían conflictos de dependencia. Solo se evidenció un caso de conflicto de interés, tal como lo establece el Código de ética, conducta y buen gobierno en su artículo 15, numeral 7 y es el caso de uno de los fundadores de la institución, para el particular, se analiza que no existe conflicto de interés con el hijo, ya que este se encuentra vinculado como docente y no tiene posición de líder o coordinador. Por su parte, si se evidenció conflicto de interés con la nuera, que pertenece al Administración central (jefe de área), ya que un miembro de la Sala de Fundadores no puede tener conflicto de interés cuando se trate de familiares o parientes de tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil con la administración de la Universidad. Al respecto se concluyó que la si bien existe un conflicto, y fue declarado, de acuerdo con lo establece el código de ética, se determina que no existe riesgos de dependencia y que cualquier decisión que este sometida o que intervenga la sala de fundadores, frente al área o la jefatura en cuestión, estará inhabilitado frente a la toma de decisiones. No obstante, se deja la salvedad y el comité debe informarle al miembro fundador.

Por otro lado, se menciona la importancia de realizar e investigar antes de la contratación de algún aspirante, si existe o no riesgo de conflicto de interés, analizar cada caso antes de la firma del contrato. El cual se informa mediante el formulario de conocimiento que se adjunta en la documentación que la persona debe diligenciar previamente a la firma del contrato, donde se procede a revisar si se presenta algún conflicto de interés.

Como estrategia de mejora, se planteó con el líder de talento humano el diseño de un formato que se diligencie en el momento de iniciar las validaciones de riesgo de los candidatos, además colocar un párrafo en la plataforma de Magneto sobre el tema. Estos controles, mitigan la vinculación de personas que, si bien no es limitante para la institución, si puede generar una señal de alerta si hay riesgo o dependencia.

1.3.2 Actualización de proveedores

En el seguimiento con las áreas, facultades y personal de apoyo para verificar el cumplimiento de la política (septiembre/octubre de 2024), se hizo un llamado para la actualización de datos de proveedores en INCLUCES; tomando como medida, el bloqueo de proveedores que no cumplan con este lineamiento.

El área de compras envío un correo a todos los proveedores (naturales y jurídicos) el 15 de julio de 2024, solicitando la actualización de datos.

El área de Compras designó a su practicante para que realizara el proceso de revisión y actualización de proveedores en la plataforma de IncluCES. Asimismo, el área de contabilidad se encuentra al día con los procesos de validación de la actualización de datos, e incluso ha denegado proveedores que no cumplan con los requisitos de actualización y que no se encuentren actualizados o registrados en el sistema.

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

- ***Organismos Externos***

Se reportó en el mes de octubre el archivo GT001 de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el Cumplimiento de los estándares de la Circular externa 0003 de 2018 con respecto a la implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno en la Universidad CES.

Por su parte, desde la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), contactaron a la Universidad CES para explorar sinergias en la importante labor de prevenir y combatir la corrupción y el lavado de activos en el ámbito universitario, donde destacan a la Universidad CES en la trayectoria y experiencia en la sensibilización y herramientas para prevenir y enfrentar la corrupción y el lavado de activos. El objetivo del encuentro es discutir posibles alianzas de colaboración que pueda generar un impacto significativo en la formación de las futuras generaciones y el fortalecimiento de la integridad académica.

Como oficial de cumplimiento y responsable del del proceso de SARLAFT, me llena de mucha satisfacción ser contacta por esta organización, en el cual valoran los esfuerzos y el trabajo que ha realizado la Universidad en este tema. Esta oficina UNODC es un referente de trabajo frente a la lucha de LAFT y Corrupción.

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

De acuerdo con la auditoría realizada en el mes de julio por la revisoría fiscal y teniendo en cuenta el informe emitido el pasado 4 de octubre con los resultados de la auditoría al cumplimiento del Sistema de Administración de Riesgos, SARLAFT y otros Subsistemas, enfocado a "cumplimiento de controles". Se envió un plan de acción del área de Gestión del riesgo para atender a las

recomendaciones a los controles, especialmente con resultados de: Oportunidades de mejora, parcialmente efectivos e inefectivos. Asimismo, el 20 de noviembre se hizo seguimiento de los avances a los planes de acción establecidos junto con la revisoría fiscal, teniendo un resultado significativo en el avance y cumplimiento de las acciones a intervenir.

Se le envió al área de control interno el insumo de información para realizar la auditoría y monitoreo a los procesos de Debida Diligencia, con el objetivo de que revise el proceso de los controles que tienen oportunidades de mejora y que son efectivos, para los controles de los cuales se determinaron que no eran efectivos, el área de riesgos harán las mejoras y acciones correspondientes para que estos puedan tener la efectividad y cumplan con el objetivo de mitigar el riesgo.

2. ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- ***Modelo de predicción de riesgos financieros, operativo y de salud:*** Se cuenta con 3 interfaz gráficas de usuario que permite evaluar, proyectar y generar señales alerta para los riesgos de liquidez, crédito, mercado de capitales, actuarial, salud y operacional, lo cual resulta valioso para la toma de decisiones institucional. El proyecto se desarrolló para la universidad y sus dos unidades de negocio (IPS Universidad CES y CVZ), a través de una consultoría con expertos en analítica de datos.

- ***Sistematización de la gestión integral del riesgo de la Universidad CES a través de un sistema de información digital:*** Con el sistema de información ALMERA, se logró parametrizar toda la información de los riesgos institucionales, tanto estratégicos como de procesos, que se manejaban en plantillas de Excel, a migrar a un sistema de información digital. Este sistema implementará alertas tempranas, notificaciones de seguimiento a los planes de mejora a los líderes para la mitigación de los riesgos, generación de reportes estratégicos, y reporte de eventos materializados. Con este sistema también permitió integrar otras matrices de riesgos como la de la IPS en riesgos de Seguridad del Paciente, reporte de eventos adversos, así como la de Seguridad y Salud en el trabajo y matriz de auditorías internas y externas.

- ***Sinergia y trabajo colaborativo entre el área de control interno y gestión del riesgo:*** Establecimiento de planes de trabajo conjunto como mecanismo para fortalecer el Ambiente de Control en la Universidad, que busca el aseguramiento en los proceso claves en la institución mediante el entendimiento y evaluación de los riesgos y controles claves, generando las alertas tempranas a la Administración y en especial al Comité Financiero, auditoría y Riesgos; adicionalmente apoyando el proceso de implementación de las recomendaciones y oportunidades de mejora emitidas por los entes de control.

- ***Creación del Comité Financiero, Auditoría y Riesgos y Comité de Conducta y Buen Gobierno Organizacional:*** Se establecieron estos dos comités como apoyo y asesoría al Consejo Superior en diversos temas, tales como temas de riesgos, planes mejoramiento para la prevención y mitigación de riesgos, informe y actividades de control interno, seguimiento y control permanente a la operación de la Universidad y su situación financiera presente y futura. Así como temas de conflictos de interés, evaluación a los órganos de gobierno, entre otros temas que sean de interés para el mejoramiento de la Institución.

- ***Proyectos de mejoramiento de los sistemas tecnológicos para garantizar la adecuada administración del riesgo:*** Con el área de tecnología de la información, se han contemplado proyectos de mejoramiento tecnológico en las herramientas y sistemas de información digital que tiene el área de riesgos, los cuales garanticen la adecuada

administración de riesgos y cumplimiento normativo, además favorecen y complementan otros procesos de la Universidad que influyen en la gestión administrativa.

- ***Ejercicio de riesgos estratégicos de la Universidad CES**:* El 10 de septiembre, se contó con la participación de los directivos, gerentes de los centros de servicio, representantes académicos y del Consejo Superior, se llevó a cabo la actualización de los riesgos estratégicos, que tuvo como objetivo, la valoración de los riesgos, el establecimiento de controles, responsables y definición del perfil de riesgos organizacional, el enfoque fue bajo juicio de experto quien lo lideró la oficina de gestión del riesgo y nuestro aliado estratégico Willis, corredor de seguros.

- ***Cobertura significativa de actualización de datos de las contrapartes de la Universidad CES:*** Una de las principales gestiones que el oficial de cumplimiento tiene, es llevar a cabo estrategias de actualización anual de datos de las contrapartes. En este año, de manera significativa, se logró obtener la actualización de datos de los empleados de la Universidad en más del 87% de cumplimiento, un dato relevante para una gestión que es de cumplimiento normativo y que ha sido complejo lograr una mayor cobertura en años anteriores. Por su parte, se establecieron estrategias de mayor impacto frente a la actualización de datos de los proveedores.

- ***Diseño de "Política de Obsequios, Regalos, o Atenciones recibidos de Clientes, Proveedores, Contratistas o Terceros en General"*** Se aprobó por la instancias correspondientes la política sobre Obsequios, Regalos, o Atenciones de la Universidad CES, con esto se busca regular y establecer lineamientos para los empleados de la institución frente a la administración de los obsequios, regalos o atenciones de clientes, proveedores, contratistas o terceros en general de tal manera que se minimicen los riesgos asociados a corrupción, soborno o fraude, lo anterior en línea con los principios y valores éticos de la Institución contemplados en el Código Ética Conducta y Buen Gobierno y muy especialmente al Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Asimismo, con el área de Tecnología de la Información se diseñó una plataforma digital en el que se registraran todos los obsequios y/o atenciones, y de esta manera permitirá mayor seguimiento y control en tiempo real, sacar indicadores, cifras y realización de informes para auditoria al proceso.

- ***Autoevaluación del Consejo Superior:*** De acuerdo con las funciones del Comité de conducta y gobierno organizacional, este deberá realizar una encuesta de Autoevaluación para que los miembros del Consejo Superior y la Rectoría, la realicen. El Comité ha definido para este año el alcance de evaluar solo al Consejo Superior, dado que, para la Rectoría, no aplicaría ya que el inicio del nuevo periodo de su gestión fue el 1 de noviembre. Esta evaluación debe hacerse finalizando cada año para evaluar su gestión anual. Tendrá dos frentes de análisis, uno enfocado a la evaluación integral de la interacción como órgano colegiado y por otra parte como evaluación individual de su gestión.

3. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS RIESGOS

Para el cierre del año 2024, la matriz de riesgos corporativa contempla un total de 70 riesgos vigentes, distribuidos en 3 categorías, Operacionales, Estratégicas y de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Esta evaluación incluye escalas descriptivas de probabilidad de ocurrencia y medición del impacto en diversas dimensiones, como la económica, operacional, regulatoria y reputacional. Según la combinación de probabilidad e impacto, los riesgos se clasifican en cuatro escalas: baja, moderada, alta y extrema.

Tabla 5- Número de riesgos según su clasificación

Clasificación del riesgo	**Número de riesgos**	**%**
Riesgos Operacionales	43	61%
Riesgos Subsistema de Riesgos	14	20%
Riesgos Estratégicos	13	19%
Total general	**70**	**100%**

Los riesgos operacionales constituyen el 61% del total de los corporativos y abarcan aquellos asociados a los procesos misionales de la institución.

La gama de riesgos de los subsistemas concentra el 20% de la matriz corporativa y están relacionados con SARLAFT, SICOF y PTEE.

Los riesgos estratégicos son aquellos factores o situaciones que pueden afectar de manera significativa y a largo plazo los objetivos, decisiones o la viabilidad general de la institución. Estos riesgos son inminentes cuando su probabilidad de ocurrir en el futuro cercano es alta, y su impacto podría alterar las metas y la dirección estratégica de la empresa.

Los riesgos estratégicos fueron recientemente actualizados, reduciéndose de 22 a 13, lo que representa una disminución del 41% (9 riesgos) en comparación con la versión anterior. Esta reducción se debe a la unificación de varios riesgos en categorías más generales.

En el ejercicio de actualización de riesgos estratégicos participaron los Líderes y Alta Dirección de la institución con acompañamiento metodológico por parte del corredor de seguros Willys. Se llevo a cabo una evaluación de los principales riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, analizando sus causas, consecuencias y los controles existentes para mitigarlos.

3.1 Perfil de riesgo Inherente y Residual

Con el nuevo sistema de información de la gestión integral de riesgo, permite determinar el perfil de riesgo residual de los riesgos institucionales, esto hace referencia a la posición del riesgo después de haber aplicado e implementado los controles. Esto hace que la organización alcance un mayor nivel de apetito y tolerancia del riesgo.

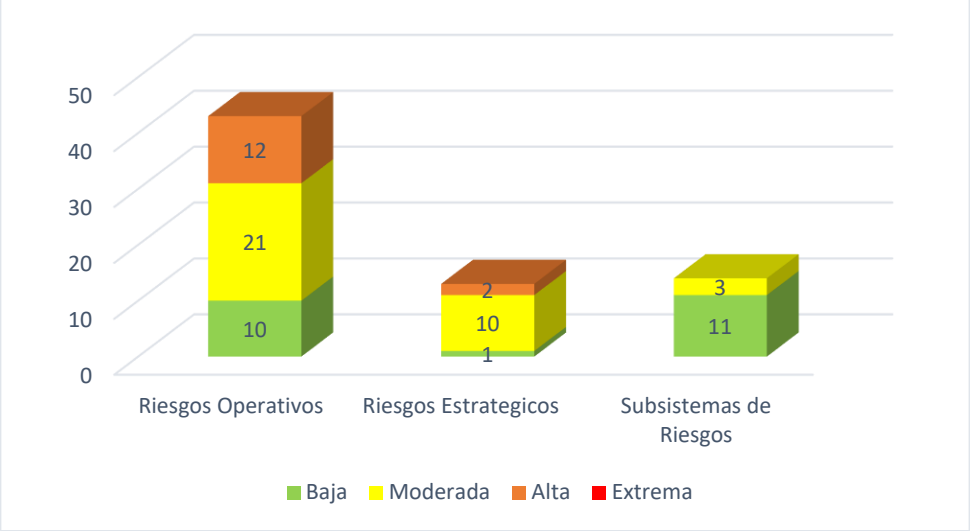
Las tablas que se presentan a continuación recopilan los 70 riesgos corporativos y muestran su distribución por escala, tanto para el perfil inherente (antes de aplicar controles) como para el perfil residual (posterior a la implementación de controles).

Riesgo Inherente		
Baja	8	11,43%
Moderada	18	25,71%
Alta	23	32,86%
Extrema	21	30,00%
TOTAL	**70**	**100%**

Riesgo Residual		
Baja	22	31,43%
Moderada	34	48,57%
Alta	14	20,00%
Extrema	0	0,00%
TOTAL	**70**	**100%**

Como se puede observar, el efecto de los controles sobre la valoración de los riesgos es positivo, pasando de 21 riesgos en la escala extrema antes de controles, a no tener ninguno en dicha escala a nivel residual.

Grafica 1 – Distribución de escala por su tipo de clasificación



3.2 Riesgos más críticos.

Según la distribución anterior, la Universidad debe enfocarse de manera prioritaria en los riesgos con calificación residual alta, que corresponden a 14 de los 70 riesgos existentes, es decir, el 20%. Estos riesgos son prioritarios porque, en caso de materializarse, podrían obstaculizar el cumplimiento de los objetivos corporativos.

De los 14 riesgos en escala “Alta”, hay dos riesgos prioritarios RES-15 y RES-10 de tipo estratégico donde crucial establecer estrategias preventivas efectivas para mitigar estos riesgos, para garantizar la sostenibilidad social y financiera de la Universidad, así como para mantener su posición competitiva. Al priorizar la mitigación de los riesgos RES-15 y RES-10, se evita la activación de otros riesgos interconectados, lo que reduce significativamente el impacto negativo en la institución. Estos riesgos requieren de monitoreo periódico y atención significativa por la alta dirección el Consejo Superior.

Tabla 6- Riesgos estratégicos con magnitud Alta

Código del riesgo	**Riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos**	**Responsable**
RES-15	Afectación a la sostenibilidad social y financiera de la Universidad CES.	Dirección Financiera
RES-10	Pérdida de la posición competitiva de la Universidad en el mercado.	Rectoría

3.3 Riesgos asociados a los procesos de la Universidad CES.

Una de las grandes ventajas de la herramienta tecnológica ALMERA adquirida durante el año 2024 por la Universidad y en la que ya se encuentran parametrizados todos los riesgos, controles, eventos

y planes de acción de la institución, es que a cada riesgo se le asocia un proceso, de modo que se cumple el objetivo que el proceso de gestión de riesgos esté alineado e integrado con los procesos, objetivos y la estrategia institucional.

Cada riesgo identificado se encuentra vinculado a un proceso particular y cuenta con una serie de controles destinados a mitigar la probabilidad de ocurrencia o impacto. De este modo, un mismo riesgo puede requerir diversos controles, los cuales pueden ser llevados a cabo por diferentes áreas, asegurando que su mitigación esté respaldada por todas las áreas involucradas en el proceso. En la siguiente tabla, se encuentra la distribución de los 70 riesgos, agrupados por procesos institucionales:

Tabla 7- Número de riesgos asociados a la gestión por procesos de la Universidad

Procesos institucionales	***Número de riesgos***	***%***	***Tipo de proceso***
Verificación integral de la gestión corporativa	10	14%	Seguimiento y Control
Gestión Financiera	9	13%	Soporte o Apoyo
Gestión jurídica	9	13%	Soporte o Apoyo
Planeación integral de la gestión corporativa	8	11%	Estratégico
Gestión del aprendizaje	8	11%	Misional
Gestión mercadeo y ventas	5	7%	Estratégico
Gestión, desarrollo y transformación empresarial	5	7%	Misional
Gestión inmobiliaria	5	7%	Soporte o Apoyo
Gestión de compras de bienes y servicios	3	4%	Soporte o Apoyo
Gestión de alianzas estratégicas con cooperadores nacionales e internacionales	2	3%	Estratégico
Gestión de bienestar institucional	2	3%	Soporte o Apoyo
Gestión del talento humano	2	3%	Soporte o Apoyo
Gestión de tecnologías de la información	2	3%	Soporte o Apoyo
Gestión del relacionamiento con grupos de interés	0	0%	Estratégico
Gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación	0	0%	Misional
Total	**70**	**100%**	

Los nombres de los procesos fueron suministrados por el área de Planeación y son acordes con la nueva restructuración corporativa.

Como se puede observar, los procesos que concentran una mayor proporción de riesgos son: Verificación integral de la gestión corporativa (14%), Gestión Financiera (13%) y Gestión jurídica (13%). Estos tres procesos representan un total del 40% de los riesgos corporativos identificados, lo que indica que son procesos clave para la gestión del riesgo en la organización.

En el umbral inferior, encontramos los procesos Gestión del relacionamiento con grupos de interés y Gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación, los cuales no tienen riesgos identificados (0%), sin embargo, estas son áreas que aportan a la mitigación y controles de otros riesgos corporativos.

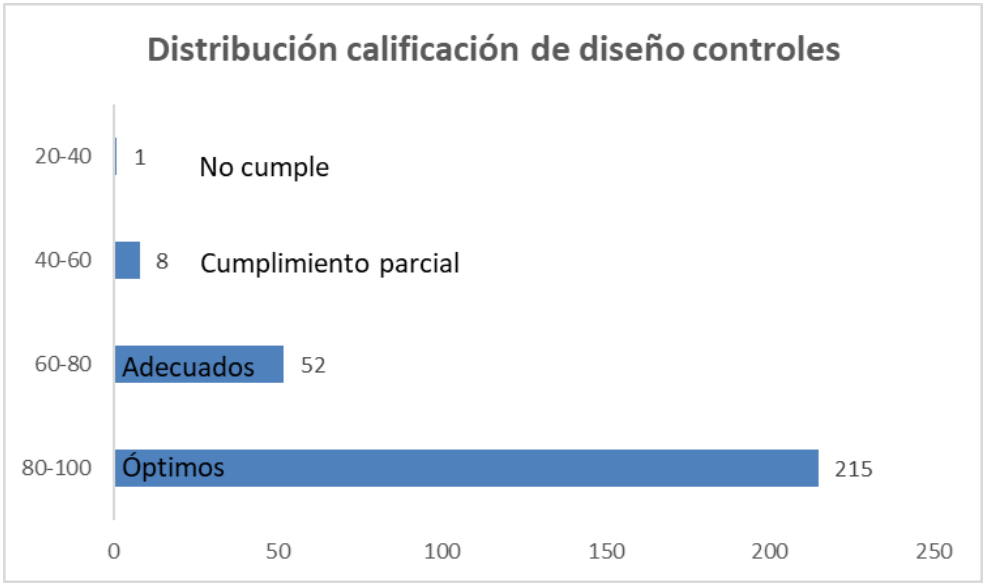
Adicionalmente, existe una matriz exclusiva para el proceso “Servicios de salud y bienestar a personas y familias multiespecies” y se denomina “Matriz Seguridad y Salud del paciente” y aplica para los procesos de la IPS CES.

3.4 Seguimiento a los Controles institucionales

La Universidad cuenta con 276 controles para mitigar los 70 riesgos de la Matriz Corporativa. Sin embargo; es importante mencionar que algunos controles mitigan más de un riesgo.

Los controles se miden en su efectividad de diseño en función de la combinación de los atributos de diseño, que se computan para llegar a un valor numérico final, entre 0 y 100, que se denomina, “Calificación de diseño”. Entre más alta la calificación de diseño, mejor concebido está el control para mitigar el riesgo.

Grafica 2 – Distribución de la efectividad de diseño de los controles



En la gráfica anterior, se considera una sola vez cada control, independiente del número de riesgos que mitiga.

Aproximadamente el 78% de los controles se encuentran en el rango superior, que corresponde a la mejor calificación de diseño, es decir controles óptimos.

Los controles con calificaciones de diseño inferiores están en proceso de evolución mediante la implementación de planes de acción asignados a los líderes responsables.

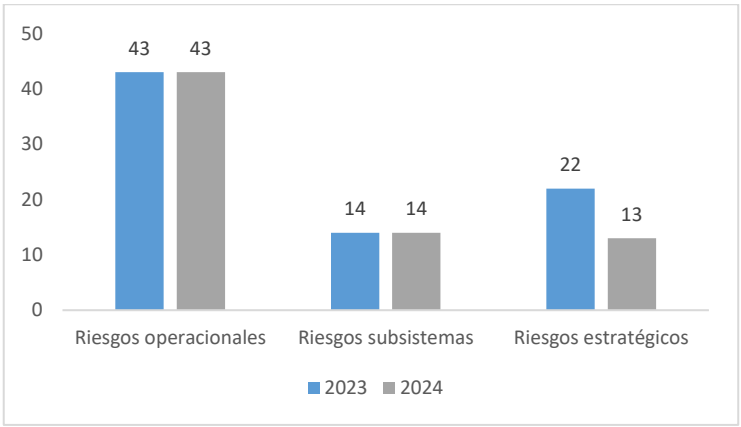
Cada control tiene un responsable asignado, la que más controles tiene asociados es la Dirección Administrativa y Financiera, que tiene bajo su responsabilidad, 123 controles (45%) de los 276 controles de la matriz corporativa.

Grafica 3 – Áreas responsables del cumplimiento de los controles

3.5 Comparación de riesgos y controles entre los años 2023 y 2024

Tanto el número de riesgos como el de controles en la matriz corporativa de la Universidad han mostrado una tendencia decreciente a lo largo del tiempo. En particular, los controles han experimentado una disminución notable, como se puede apreciar en las cifras que se presentan a continuación.

Grafica 4 – Evolución riesgos años 2023-2024



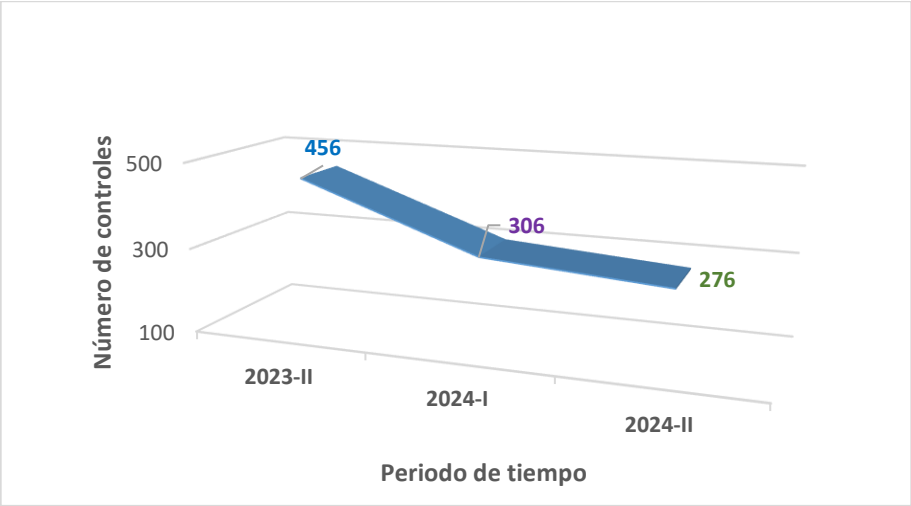
La disminución en el número de riesgos es consecuencia de la evaluación y reestructuración de los riesgos estratégicos realizada en el taller del 10 de septiembre de 2024.

En cuanto a la reducción de los controles, esta se atribuye principalmente a la mejora en su definición y diseño, llevada a cabo durante la revisión semestral con los líderes de los procesos a mediados de 2024. En segundo lugar, también contribuyó la modificación y optimización de los controles destinados a mitigar los riesgos estratégicos.

En total, del año 2023 al 2024 hubo un descenso del 39% de los controles.

Estas disminuciones reflejan un avance en la composición de la matriz, ya que se han mantenido solo los controles claves y se han eliminado los controles redundantes.

Grafica 5 – Evolución de los controles en el tiempo



3.6 Gestión de eventos de riesgos materializados

Para este segundo semestre 2024-II, al área de gestión del riesgo fueron reportados tres eventos materializados mediante la herramienta tecnológica ALMERA, que se describen a continuación:

Tabla 8- Registro de eventos materializados

Código del evento	Descripción de lo ocurrió	Área de reporte
202408003	El martes 20 de agosto de 2024, al llegar a la oficina de compras ubicada en el 3 piso del bloque A, se encontró con que 2 guayas habían sido cortadas y los PC que estaban asegurados con estas se los habían robado, así mismo se evidenciaron huellas de pantano en una de las sillas, el escritorio del coordinador de compras tenía rastro de pantano y tenía la ventana forzada con la chapa reventada. El robo fue de 3 computadores.	Compras
202407001	Al hacer el envío del consolidado de las encuestas de autoevaluación con fines de acreditación institucional, la información de egresados se envió con los datos personales y las observaciones, al Director Académico, jefe de Planeación, Analista de Planeación, Líder de Desarrollo Docente, Coordinadora de Oficina de Egresados. Posteriormente, la información fue compartida al Rector, Secretaria General, Directora de Ciencias Tecnología e Innovación, Directora Financiera y al Dr. Juan David Correa miembro del Consejo Superior. De esta manera se incumplió la promesa del carácter anónimo de la información.	Aseguramiento de la calidad – Oficina de Egresados

202409004	Al consejo de facultad llega un informe de queja interpuesta por una egresada, se refiere a la asistente de la facultad de odontología Kelly Espinal de quién se dice solicitó se consignará a su cuenta privada el valor de un documento de plan de estudios para homologación, la estudiante envía soportes de la conversación lo que da pie a que admisiones inicie a indagatoria sobre posible fraude con respecto a la solicitud de estos documentos. En el análisis se encuentra que varios documentos solicitados ante admisiones no registran pago en el sistema, por lo cual deciden llamar a las personas que lo solicitaron e indagar como hicieron su pago para este documento. Un egresado diferente a quien interpuso la queja envía un soporte de pago a través de transferencia que llega a la cuenta personal de Kelly Espinal. Otra egresada que se contactó por estar en la lista de quienes se reportaron por admisiones envía una factura que le llegó al correo en la cual se ven algunos retoques, cuando se confirma con apoyo financiero el consecutivo de la factura realmente corresponde a una venta de huevos que se realizó a la señora Kelly Espinal, por tal motivo la oficina jurídica de la universidad procedió con una denuncia ante la fiscalía y retiró a la asistente Kelly Espinal de su cargo.	Facultad de Odontología

Cada uno de estos eventos están siendo adecuadamente gestionados, definiendo planes de acción con los responsables, con el fin de diseñar nuevos controles o fortalecer los existentes para evitar nuevas materializaciones.

4. MODELOS DE RIESGOS FINANCIEROS, OPERATIVOS Y DE SALUD

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.

4.1 Seguimiento de los resultados de los modelos de predicción de riesgos

A continuación, se muestran las acciones que desde cada una de las sedes han emprendido para mitigar los riesgos que presentaron mayor exposición al riesgo, según los resultados de los modelos de predicción en R que se corrieron a mediados del año en curso.

Se mostrarán en rojo la mayor perdida promedio que ha tenido cada sede de acuerdo con el resultado del modelo que se corrió en julio del presente año.

Es importante aclarar que el riesgo de liquidez siempre se multiplicará por menos uno para hacer las cifras comparables. Además, el intervalo de confianza del valor en riesgo está dado por los registros históricos.

- ***Universidad CES***

De acuerdo con el resultado, se resalta en rojo que el riesgo de mercado de capitales por CDTs en el resultado del modelo fue 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.

Para hacer seguimiento a las acciones sobre la mitigación de los riesgos, se estableció la siguiente pregunta:

¿Qué estrategias se han implementado para mitigar este riesgo?

Como se indica en la información del resultado, el riesgo no se materializa, debido a que a la fecha no se ha tenido la necesidad de cancelar ningún CDT antes de su vencimiento, cuando este se cumple el Banco reporta las respectivas opciones y tasas, las cuales se evalúan y se determina si se renueva, cual es la tasa más conveniente o en caso de requerirse dichos recursos se brinda la instrucción de consignar directamente en los fondos.

	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

- ***IPS CES***

Se aprecia en rojo que el riesgo más elevado en la IPS es el riesgo de crédito. 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.

Para el seguimiento de este riesgo, se definieron las siguientes preguntas:

¿Qué mecanismos o estrategias existen en la IPS para mitigar este riesgo de crédito?

- Se ha habilitado un espacio dentro de las agendas de los servicios para atender a pacientes particulares, con el objetivo de incrementar la captación de este tipo de pacientes.
- Además, se realiza una revisión mensual de la cartera correspondiente a las atenciones de pacientes de EPS, con el fin de garantizar que las facturas se han radicado correctamente, que las glosas sean aceptadas o no, y que, en caso de detectar facturas impagas sin justificación, se gestione con la EPS correspondiente para identificar el motivo de este incumplimiento.
- Cuando un paciente no tiene una causa justificada para su inasistencia, se cancela el proceso de atención, con el objetivo de evitar la acumulación de órdenes no facturadas y mejorar las oportunidades de atención para otros pacientes. También se ha solicitado a los servicios la revisión constante de los procesos finalizados para que se pasen a facturación, asegurándose de que los profesionales y residentes concluyan adecuadamente las historias clínicas.
- En colaboración con la Facultad de Medicina, se está creando un proyecto para suscribir a una revista que facilite el acceso de los pacientes particulares a los servicios ofrecidos por la IPS.
- En caso de que existan atenciones no facturadas debido a anulaciones por parte de las EPS, se envían correos solicitando la corrección de dichas anulaciones (aunque este proceso es lento y no siempre tiene una respuesta positiva, se insiste en la solicitud).
- También estamos explorando la posibilidad de ser prestadores del plan complementario de Sura (ahora conocido como "Salud para Todos") para captar a esa población cuyo manejo de cartera es generalmente más eficiente.

- Además, se procura mantener los contratos con las pólizas actuales.

Las anteriores estrategias fueron definidas en conjunto por el Comité Institucional, en el que participan todos los coordinadores de las distintas áreas.

¿Con la situación actual del país y el sector de la salud, qué tan viable consideran que es la posibilidad de que el escenario pesimista se materialice?

- Hasta el momento, el gobierno no ha respondido al desmonte progresivo solicitado por la EPS SURA, que representa una parte importante de los usuarios de nuestra entidad. Por ello, EPS SURA nos ha notificado que renovará el convenio hasta abril de 2025 bajo las mismas condiciones, lo que nos obliga a mantener las mismas condiciones para los profesionales por prestación de servicios, evitando así un aumento en el costo de los servicios.

- Si bien es posible que el escenario pesimista se materialice, creemos que no ocurrirá antes del primer semestre de 2025, dada la complejidad de trasladar a más de un millón de usuarios, la falta de infraestructura adecuada por parte del gobierno y las actuales dificultades en el sistema de salud, que están incrementando la siniestralidad de la población, lo que a su vez conlleva a un aumento en la cápita, algo para lo que el gobierno no está preparado.

- Por lo tanto, consideramos que, si seguimos buscando nuevos clientes y mejorando la captación de pacientes particulares, podremos sobrellevar mejor las dificultades del sector y lograr una mayor estabilidad para los próximos años.

	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

- ***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.

Para el seguimiento de este riesgo, se definieron las siguientes preguntas:

Si la capacidad se mide en turnos y no en días, ¿cuál sería el número real de pacientes que los laboratorios pueden atender?

El cálculo de capacidad debe basarse en el dato disponible: un auxiliar veterinario toma, en promedio, 16 muestras en 16 horas diarias. Si esta jornada se divide en dos turnos de 8 horas cada uno, el número promedio de pacientes atendidos por turno es:

- 16 muestras/día ÷ 2 turnos/día = 8 pacientes/turno.

Este cálculo refleja únicamente la capacidad humana promedio basada en el dato proporcionado y no representa la capacidad total del laboratorio (ICMT), dado que no contamos con datos sobre infraestructura, facturación u otros recursos que también afectan la capacidad operativa.

¿Qué medidas se están tomando para corregir esta posible discrepancia entre la demanda de los clientes/usuarios y la capacidad de atención de los laboratorios?

- Reevaluación del modelo predictivo: Se deberá corregir el modelo para que se utilice la medición de la toma de las muestras y sea concordante con la facturación arrojada en SAP, asegurando que refleje con mayor precisión la realidad operativa de la toma de laboratorio y no de operación global del ICMT.

	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

5. 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 oficial, donde los diferentes 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, se han recibido en total 38 denuncias desde su creación, esto ha tenido un incremento exponencial de denuncias año a año y que el año 2024 es donde se observa el mayor número de denuncias, teniendo como principal grupo de interés en reportar, los estudiantes, y clientes, seguido de otro ciudadano y empleados aportando el mismo número de denuncias.

Por su parte, el tipo de denuncia que tuvo mayor incidencia corresponde a Acoso sexual, Comportamientos que afecten el buen nombre de la Universidad, de la comunidad académica o de sus usuarios, clientes y proveedores y Maltrato, Discriminación, Hostigamiento, que afectan la relación en virtud de la pertenencia étnico racial, discapacidad, estrato socioeconómico en el entorno social, laboral y/o académico, estos tres (3) tipos de denuncias aportan el mismo número de reportes para el año 2024.

Grafica 6 – Número de denuncias por año

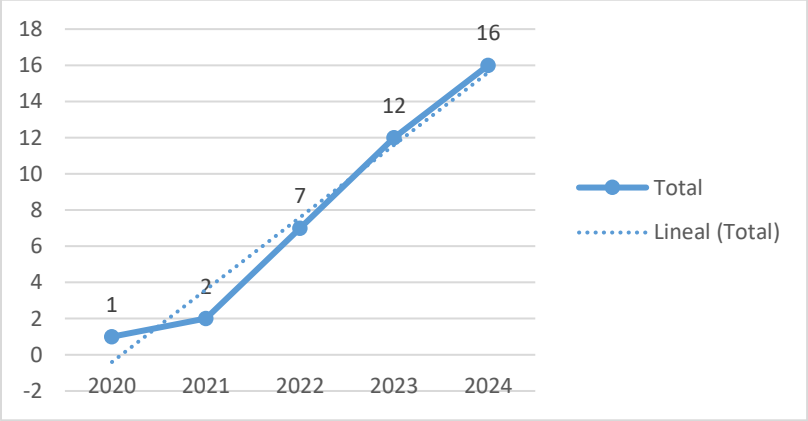
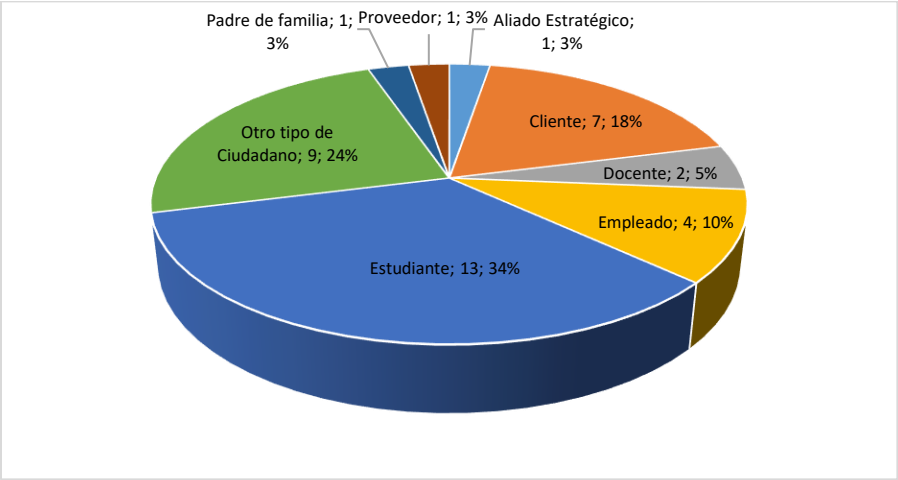


Gráfico 7 – Número de denuncias por grupos de interés



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.

Para el segundo semestre del 2024, se hicieron los cambios correspondientes de involucrar a Control interno y a Secretaria general en la recepción de denuncias, por lo que fue importante definir otros niveles de escalamiento para que llegue la Denuncia, por transparencia del proceso y de acuerdo con las líneas de responsabilidades, se ajustó el sitio web para que de manera automática les llegue una notificación a la Secretaría general, ya que es quien activa el proceso de investigación y a Control interno por independencia y transparencia del proceso y que ambos igualmente hacen parte del comité de conducta y buen gobierno.

Por su parte, es importante mencionar los tipos de denuncias y que dependencia y facultad son las que han recibido denuncias, a través de la línea ética y el canal de transparencia. Para el año 2024 se han presentado 16 denuncias, que en la mayoría obedece a denuncias por estudiantes, y en cuestión de dependencia y facultades la facultad de Medicina, le aporta el mayor número de denuncias, le sigue la IPS y por último algunas dependencias administrativas aportando una 1 de denuncia cada uno

Tabla 9- Tipo de denuncias por dependencia/facultad

Dependencia/facultad a la que denuncia/Tipo de denuncia	Nro. De denuncias
Dirección administrativa y Financiera -Compras	**1**
Aceptar beneficios o prebendas a título personal que puedan influir en las decisiones o representar favorecimiento en el relacionamiento con terceros.	1
Contac Center	**1**
Maltrato, Discriminación, Hostigamiento, que afectan la relación en virtud de la pertenencia étnico racial, discapacidad, estrato socioeconómico en el entorno social, laboral y/o académico.	1
Facultad de Medicina -Convenio FUCS -CES - APH	**2**
- Acciones que atentan contra los principios, los valores y la buena conducta.	1
- Acoso sexual	1
CVZ	**1**
Acción de Tutela	1
Dirección administrativa y Financiera -Contabilidad	**1**
Actos que tergiversan la información administrativa, financiera y propiedad intelectual.	1

Facultad de Medicina	**3**
- Derecho de petición	1
- Maltrato, Discriminación, Hostigamiento, que afectan la relación en virtud de la pertenencia étnico racial, discapacidad, estrato socioeconómico en el entorno social, laboral y/o académico.	1
- Riesgo en la salud mental de los estudiantes	1
Dirección administrativa y Financiera - Infraestructura Física	**1**
Abuso de posición dominante con un Proveedor	1
IPS	**2**
- Acoso sexual	1
- Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas.	1
IPS -Odontopediatría	**1**
Irregularidades en cumplimiento de normas y políticas.	1
Universidad (Común- Sec. General)	**1**
Comportamientos que afecten el buen nombre de la Universidad, de la comunidad académica o de sus usuarios, clientes y proveedores.	1
Dirección administrativa y Financiera - Seguridad Física	**1**
Comportamientos que afecten el buen nombre de la Universidad, de la comunidad académica o de sus usuarios, clientes y proveedores.	1
Talento Humano	**1**
Abuso de la condición de fundador, directivo, administrador, docente, estudiante o empleado administrativo de la Universidad	1
Total general	**16**

6. PLAN DE MEJORA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y GOBERNANZA INSTITUCIONAL

- Se estableció que los modelos de predicción en R para los riesgos financieros, operacional y de salud, que se realizan para las sedes de Universidad CES, IPS y CVZ, se correrán cada año, el corte de correr el modelo se hará en el mes de febrero de cada año, con esto se busca, que la data tenga cierre completo del año inmediatamente anterior, Por ejemplo: aprobación del presupuesto, data de estudiantes segundo semestre, facturación, entre otros datos relevantes. Los informes objeto del resultado de los modelos riesgos, serán entregados al Consejo Suprior, Rectoría y la Dirección Administrativa y Financiera.

- El diseño de la política de obsequios, atenciones y regalos, que se enviará al consejo superior el 4 de diciembre para su aprobación, el cual dará unos lineamientos generales a todos los colaboradores frente al manejo de este tema, esto con el fin de mitigar y reducir riesgos de corrupción y fraude. Una vez aprobada, se iniciará el proceso de sensibilización a las áreas, facultades y gerencias de los centros de servicios.

- Se realizó reunión con el área de Talento Humano y con las personas encargadas de los procesos de selección, en ajustar lo correspondiente a verificación de las declaraciones de los conflictos de interés de los candidatos, que su revisión sea en el momento donde se realiza la verificación de riesgos y no en el formato de conocimiento del empleado que es en el momento que firma el contrato laboral, estos controles, mitigan la vinculación de personas que, si bien no es limitante para la institución, si puede generar una señal de alerta si hay riesgo de dependencia. Asimismo, se hicieron unos ajustes del tema respecto a la verificación obligatoria de la lista de Inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores, de acuerdo con el decreto 753 del 2019 que reglamenta la ley 1918 del 2018, debe aplicarse a entidades que tengan un contacto directo con menores en espacio con instituciones educativas, culturales, de

bienestar, de salud, entre otros, por lo que nuestra obligación es hacerla cumplir debe tener una periodicidad de cuatro (4) meses.

- Iniciar con los otrosíes de los contratos laborales en el cual la cláusula que detalla lineamientos frente a la prevención y gestión de riesgos, al igual que sobre conflictos de interés, el cual tuvo una actualización, pero a la fecha solo se está aplicando a los contratos nuevos, por lo que es necesario en coordinación con el área de Talento Humano iniciar este proceso. Se está a la espera de estabilizar a la plataforma de contratos por el proveedor para iniciar este tema.

- Con el área de Tecnología de la información, se tiene contemplados unos proyectos de mejoramiento de los sistemas tecnológicos de la gestión de riesgos que garantizan el cumplimiento normativo y la adecuada administración de los riesgos, además favorecen y complementan otros procesos de la Universidad que influyen en la gestión administrativa.

- Actualizar la política y procedimientos de Debida Diligencia de Contrapartes y el Manual para el Sistema de Gestión Integral del Riesgo, de tal forma que se alinee con las nuevas acciones y estrategias que se han planteado para el mejoramiento de los sistemas de gestión integral de riesgo

- Acompañar a la administración y a los máximos órganos de gobierno en la socialización del nuevo Código de Conducta, Ética y Buen gobierno que divulgado en el segundo semestre del año 2024. Se busca diseñar un curso virtual auto gestionable sobre este documento para que se vuelva parte obligatoria de los procesos de sensibilización y de inducción de los empleados.

- Diseñar metodología de segmentación de factores de riesgos con el apoyo de herramientas tecnológicas que permitan la migración de datos a sistemas digitales para valoración y perfilación de riesgos de todas las contrapartes.

7. INFORME DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

La Universidad CES desde el mes de junio de 2024, conformó el área de Control Interno, fortaleciendo su Sistema de Control Interno, en armonía con las disposiciones del Código de Ética, Conducta y Buen Gobierno, es así como el área de control interno presentó su plan al Consejo Superior, y de la misma forma presentó los resultados detallados de sus evaluaciones, a través de los Comités designados, como son al Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos y al Comité de Conducta y Gobierno Organizacional, dependiendo de los trabajos de auditoría desarrollados y los mismos quedaron consignados en las Actas respectivas de estos órganos de dirección y control.

El plan de auditoría es esencial para asegurar una evaluación sistemática garantizando que se cumplan los estándares y se obtengan conclusiones confiables sobre la situación financiera, operativa, de gobierno, y de seguridad de información y de otros aspectos específicos de la operación de la Universidad.

Es importante mencionar que en desarrollo del proceso de auditoría se efectuó una amplia coordinación con el área de riesgos y el oficial de cumplimiento de la institución, aprovechando las sinergias y haciendo más eficiente la evaluación del riesgo en los procesos “core” de la institución y evitando la duplicidad de funciones.

A las reuniones del Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos, asiste como invitado Control Interno, lo que asegurar la alineación del Sistema de Control Interno y a su vez se convierte en un canal para retroalimentar al Consejo Superior, tenido en cuenta que en dicho comité participan 3 de sus miembros.

Entre las funciones de relevancia que tiene Control Interno, está la de evaluar en forma independiente el sistema de control interno, los sistemas de gestión de riesgos y la efectividad de los planes y programas que lleva a cabo la administración para lograr el cumplimiento de sus objetivos y metas, generando una serie de recomendaciones que lo fortalezcan continuamente, a fin de contribuir a evitar incumplimientos y minimizar la materialización de riesgos, informando oportunamente las desviaciones para que sean tratados por la Administración de la Universidad.

Control Interno en desarrollo del plan anual de auditoría, en el marco de sus funciones como actividad independiente y objetiva de aseguramiento, adelantó las evaluaciones y asesorías a los procesos para contribuir de manera efectiva a su mejoramiento continuo, la administración de sus riesgos y controles. De acuerdo con la evaluación del sistema se obtuvo una seguridad razonable sobre el aseguramiento de sus procesos; ayudando no sólo a identificar riesgos y oportunidades de mejora sino a promover la transparencia y el cumplimiento normativo, al validar que las prácticas organizacionales están alineadas con los estándares y la regulación de la Universidad. La función de Control Interno se encuentra fundamentada en la práctica profesional de auditoría interna y el código de ética que lo regula; utilizando las herramientas y técnicas de auditoría definidas en las Normas Internacionales de Auditoría aplicables en Colombia y cubriendo los siguientes aspectos

Elementos del SCI	Satisfactorio	Deficiente	Con Oportunidad de mejora
Ambiente de control (1)	✓		✓
Gestión de riesgos (2)	✓		✓
Actividades de control (3)	✓		✓
Información y Comunicación (4)	✓		✓
Monitoreo (5)	✓		✓

(1) Ambiente de Control

- Se actualizó e implemento durante el año 2024 el Código de Ética, Conduta y Buen Gobierno.
- Se cuenta con un reglamento interno de trabajo y se encuentra publicado en un lugar visible
- Se está en el proceso de actualización de los manuales de funciones para cada cargo.
- Se cuenta con una estructura organizacional acorde con el modelo de negocio de la Universidad
- Se cuenta con visión de estrategia de acuerdo con la misión y la visión de la Universidad.

(2) Gestión de riesgos – (Desarrollado en Coordinación con el área de riesgos)

- Se cuenta con un área de riesgos encargada de su diseño y administración.
- Se desarrollo durante el 2024 un sistema de gestión de riesgo, el cual se encuentra alineado con las disposiciones de la Superintendencia de Salud requeridas para la operación de la IPS
- Se posee una matriz de riesgo
- Se ha socializado la matriz de riesgos y en este proceso se ha involucrado al personal clave de la institución
- Se ha tenido el acompañamiento de expertos para el análisis de los riesgos de la institución.

- Se hace seguimiento al proceso de evaluación de riesgos y se proponen acciones correctivas.
- Se cuentan con políticas y procedimientos para la evaluación del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT, SICOF y se cuenta con el programa de transparencia y ética empresarial en los términos de la regulación establecida por la Superintendencia Nacional de Salud

(3) Actividades de Control

- Se presentan los informes de control interno al Comité de Financiero de Auditoría y Riesgos y a la Rectoría
- Se efectuó seguimiento a las observaciones relacionadas con la seguridad de la información.
- En nuestra evaluación se incluyó el principio fundamental de una adecuada segregación de funciones.
- Se evaluó la política de conflicto de interés, así como los casos reportados, en coordinación con el área de riesgos.
- Atendimos en coordinación con el área de riesgos las denuncias presentadas a través de la línea ética.
- Se cuenta con un acuerdo de confidencialidad que hace parte del contrato de trabajo.
- Se efectuaron procedimiento de control aleatorios para algunos procesos, para verificar su eficiencia.

(4) Información y Comunicación

- Se cuenta con procesos de administración de información para el control de ingreso, procesamiento y salida de información atendiendo a la importancia y su nivel de riesgo.
- Se cuenta con directrices para difundir información relevante tanto interna como externamente y cuenta con caneles de comunicación responsables.

(5) Monitoreo

- Se realizan actividades de monitoreo de controles a través de los diferentes entres Control Interno, Revisoría Fiscal y el área de riesgos

La evaluación del sistema de control interno 2024 presenta un grado de cumplimiento adecuado, con algunas debilidades o riesgos importantes, entre las que se destacan:

- La seguridad de los sistemas de información referente al proceso de administración de roles y perfiles
- La necesidad en la actualización de la versión en SAP como sistema integrado de información que garanticen el soporte técnico del proveedor.
- Administración y control de la propiedad, planta y equipo.
- Debilidades en el proceso de compras, cuentas por pagar y pagos
- Actualización de información de proveedores

Es importante mencionar que este informe se emite en cumplimiento de las disposiciones formales para cumplir con los tiempos y protocolos propios de la Universidad, no obstante se aclara que el período de auditoría culmina el 31 de diciembre de 2024 y adicionalmente la emisión de estados financieros y sus notas y revelaciones, se efectuara en las fechas estipuladas por la Sala de Fundadores; en tal sentido cualquier acontecimiento relevante y con impacto material, acaecido con posterioridad a la fecha de este informe, será reportado más adelante en caso de presentarse.

Finalmente agradecemos la confianza depositada y esperamos generar valor para la institución y cumplir con las expectativas de las Directivas de la Universidad.

Atentamente,

John Fredy Mazo Arcila
Control Interno

FIN