



**UNIVERSIDAD CES**

Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

## INFORME DE GESTIÓN SEMESTRAL

---

### ***Subsistemas de Administración de Riesgos***

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

### ***Control interno***

***Dirigido a: Consejo Superior***

***23 de julio de 2025***



Medellín, 23 de julio de 2025

Señores  
Consejo Superior  
Universidad CES  
Medellín

**ASUNTO:** *Informe de gestión semestral “Subsistemas de Administración de Riesgos” Emitido por la Oficial de Cumplimiento (capítulos 1 a 3)*

*Informe semestral gestión del área de Control Interno (Capítulo 4)*

Estimados doctores,

El presente informe tiene como finalidad presentar un resumen de las actividades y gestiones realizadas en el marco de mis responsabilidades y funciones como oficial de cumplimiento, en cumplimiento de la política y los lineamientos establecidos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y la Gestión Integral del Riesgo.

En este contexto, se han implementado y fortalecido diversos planes de mejoramiento en los procesos de Due Diligence y Compliance, especialmente en lo que respecta a las contrapartes y terceros vinculados. Estas acciones han permitido consolidar la evaluación de riesgos y fortalecer las medidas de mitigación, asegurando el cumplimiento de las políticas y lineamientos relacionados con la prevención y control de riesgos asociados a Lavado de Activos, Corrupción, Fraude y Soborno. Asimismo, se ha avanzado en la aplicación del programa de Transparencia y Ética Empresarial, promoviendo una cultura de integridad y responsabilidad en toda la institución.

Asimismo, se destaca la importancia y el rol fundamental que desempeñan los entes de control de la Universidad, como la Revisoría Fiscal y Control Interno, en el marco de un trabajo de colaboración con el área de Gestión de Riesgos. Este trabajo conjunto tiene como objetivo principal garantizar que todos los procesos sean evaluados desde un enfoque de riesgos, atendiendo de manera oportuna y efectiva a cada una de las recomendaciones y mejoras emitidas por las diferentes partes involucradas. De esta manera, se fortalece la capacidad de la organización para identificar, gestionar y mitigar los riesgos de manera integral y de manera preventiva

**La oficina de Gestión del Riesgo se encuentra atentos para aclarar las inquietudes que surjan a raíz del presente informe.**

Atentamente,

Natalia Andrea Muñoz Gil  
**Oficial de Cumplimiento**



## 1. CUMPLIMIENTO NORMATIVO

En cumplimiento del marco normativo vigente y en concordancia con las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, así como con las directrices y lineamientos definidos por la Universidad CES, se presenta un detalle de las normas bajo las cuales la institución mantiene un control riguroso para garantizar su cumplimiento. A continuación, se relacionan las normas y documentos aplicables en materia de gestión integral del riesgo, el cual el Oficial de cumplimiento dentro de sus responsabilidades debe asegurar su cumplimiento y disposiciones.

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

Como parte de la mejora continua en el proceso de Gestión Integral del Riesgo y de los Subsistemas de Administración de Riesgos (SARLAFT-SICOF y PTEE), se realizó la actualización de los documentos de referencia en esta materia. Esta actualización se sustentó en cambios normativos, así como en mejoras en los procedimientos derivados de las revisiones y monitoreos realizados al cumplimiento del sistema, incluyendo auditorías internas y externas. Los documentos sometidos a consideración del Consejo Superior para su aprobación, en la reunión ordinaria del 30 de abril de 2025, con Acta 802, son los siguientes:

- MN-DE-002 - Manual Sistema de Gestión Integral del Riesgo UCES
- GU-DE-002 - Guía Metodológica para el Sistema de Gestión Integral del Riesgo
- MN-DE-004 - Políticas y Lineamientos Institucionales de Debida Diligencia para los Subsistemas de Administración de Riesgos

Asimismo, en dicha reunión, se aprobó la designación del Oficial de Cumplimiento Suplente, quien será responsable de responder ante las autoridades regulatorias en los casos en que el Oficial de Cumplimiento principal se encuentre ausente temporalmente, garantizando así la continuidad en el cumplimiento de las funciones y responsabilidades del sistema.

### **1.1 Monitoreo y verificación de los subsistemas de administración de riesgos**

En los meses de mayo y junio del 2025, se llevaron a cabo auditorías. Este proceso de revisión propone nuevos controles o ajustes a los controles existentes, con el fin de fortalecer las acciones de prevención, detección y gestión de riesgos de los distintos subsistemas. Como resultado en cada revisión se les envió las conclusiones y planes de mejoramiento con los plazos establecidos para su cumplimiento a los líderes de los procesos que intervienen en el Due Diligence de las contrapartes.



### 1.1.1 Resultado de la verificación

Las auditorías y el proceso de recopilación de información se llevaron a cabo entre el 26 de mayo y el 5 de junio de 2025, mediante 17 sesiones de trabajo en las que participaron más de 80 personas.

Se tuvo en consideración el siguiente alcance:

- Procesos de selección y vinculación de personal en sus diferentes modalidades de vinculación.
- Revisión de los procesos de vinculación de proveedores:
  - Proveedores de bienes y servicios.
  - Contratos y convenios nacionales e internacionales con entidades públicas y privadas.
  - Convenios por docencia servicio.
  - Convenios de beneficios corporativos.
  - Educación continua.

Se identificaron un total de 14 hallazgos, distribuidos entre los procesos de Debida Diligencia de empleados (5 hallazgos) y para proveedores y terceros con vínculo contractual (9 hallazgos). Cada hallazgo fue clasificado según su nivel de criticidad, considerando su impacto y gravedad para la institución.

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

Tipo de contraparte	Número de hallazgos con categoría baja	Número de hallazgos con categoría media	Número de hallazgos con categoría alta	Número de hallazgos con categoría extrema	Total
<b>Empleados</b>	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	0	5 (100%)
<b>Proveedores y terceros con vínculo contractual</b>	0	5 (56%)	4 (44%)	0	9 (100)

### Due Diligence y Compliance, de Empleados

Se resalta algunas mejoras y cambios en el proceso de vinculación y seguimiento de empleados

- El proceso de vinculación de empleados tuvo una mejora sustancial que corresponde a la automatización del formulario de conocimiento del empleado mediante la plataforma tecnológica IncluCES, lo cual implica la eliminación del formulario físico y permite tener una base de datos de fácil consulta y consolidada.
- Eliminación del formato de hoja de vida en Excel que se solicitaba a los candidatos en el proceso de vinculación, esto en cumplimiento de un requerimiento por parte



de revisoría fiscal, mejorando la experiencia del proceso de vinculación de tal forma que sea más fácil y rápido para los candidatos y para el personal encargado de este proceso en la Universidad

- Por otro lado, para el proceso de selección, se diseñó e implementó un formulario virtual en el que los candidatos pueden declarar de manera preventiva conflictos de interés para evaluarlos antes de una posible vinculación.
- Realización del curso obligatorio de SARLAFT, SICOF y PTEE en el proceso de inducción nuevo, en el proceso de onboarding se agenda medio día para la realización de los dos cursos virtuales obligatorios, se exige la entrega de los certificados digitales como evidencia de cumplimiento. Sin embargo, se debe reforzar mucho este tema, dado que los resultados, no fueron los mas óptimos, por lo que se solicitó un ajuste a este proceso por parte de Talento Humano.
- Capacitación el 4 de junio a todas las asistentes y personas encargadas del proceso de vinculación y seguimiento de empleados, con el fin de fortalecer los procesos y alinearlos con los nuevos controles establecidos

A continuación, se menciona las oportunidades de mejora para la contraparte de Empleados

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

HALLAZGO	CRITICIDAD
Falta de oportunidad en las validaciones de riesgo previas a la vinculación de empleados (PROCESO VINCULACIÓN DE INDEPENDIENTE).	ALTA
Fallas en la alineación del proceso de contratación con los Coordinadores de las facultades. (PROCESO DE VINCULACIÓN DE INDEPENDIENTE).	ALTA
No cumplimiento de monitoreo cada cuatro meses de inhabilidades por delitos sexuales, según normatividad aplicable. LEY 1918 DE 2018 ARTÍCULO 4. Deber de verificación. (TODOS LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN)	ALTA
Incumplimiento en la finalización del curso virtual obligatorio de SARLAFT durante el tiempo de inducción y entrenamiento inicial.	MEDIA
Fortalecer seguimiento y control a la firma oportuna de los “Otros” CLÁUSULA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS.	BAJO

### **Due Diligence y Compliance, de gestión de proveedores y terceros vinculados**

Este proceso fue revisado conjuntamente con múltiples áreas, como: Bienestar Universitario, Gestión Administrativa, Impacto Social y Relacionamento Estratégico, Docencia Servicio, Tecnología de la Información, Compras, Infraestructura Física,



Laboratorios, Extensión, Área 77 (Tienda U), asistentes administrativas de todas las facultades, Contabilidad, ICMT y la Oficina Jurídica.

Se trata de un proceso altamente complejo, dado que está disperso entre diversas dependencias, involucra a un gran número de actores y presenta múltiples particularidades según el tipo de relación contractual o comercial, lo que dificulta su estandarización y control centralizado

Se resalta algunas mejoras y cambios en el proceso de vinculación y seguimiento de empleados

- En un trabajo conjunto entre las áreas de Riesgos y Compras, se realizó una actualización del formulario de IncluCES, incorporando nueva información relevante y habilitando la declaración digital de conflictos de interés por parte de los proveedores mediante la plataforma, que cuenta con notificaciones automáticas al área de riesgos, también se adicionaron otras pestañas al formulario sobre documentación de cumplimiento y regulaciones normativas, que facilite posteriormente un tema de evaluación integral del proveedor que se debe realizar de manera anual.
- Se ha tenido más acogida por parte de los proveedores el proceso de registro y actualización de datos en IncluCES, lo que ha resultado en una reducción del número de proveedores con información desactualizada, esto gracias a la medida que se tomó frente al bloqueo temporal y al refuerzo en la sensibilización y capacitación al personal de las dependencias.
- Se diseñaron nuevos formatos para la recolección de información sobre conflictos de interés y composición accionaria y de Beneficiarios Finales, aplicables a contratos y convenios.
- Se establecieron y documentaron en las políticas y lineamientos de riesgos, excepciones al proceso de gestión de proveedores, estableciendo una debida diligencia simplificado y un poco de flexibilidad en dichos casos

A continuación, se menciona las oportunidades de mejora para la contraparte gestión de proveedores y terceros con vinculo contractual

Tabla 3 – Principales hallazgos y su nivel de Criticidad (contraparte Proveedores)

HALLAZGO	CRITICIDAD
Proveedores sin registro o actualización de datos en IncluCES.	ALTA
Contratos sin la cláusula de prevención y control de riesgos	ALTA
Limitaciones tecnológicas y brechas en eficiencia y trazabilidad del proceso de compras	ALTA
Proveedores desactualizados del ICMT	ALTA



Ausencia del diligenciamiento del "Formato Anexo declaración Conflicto de interés y composición accionaria del tercero"	MEDIA
Contactos CES (Gestión Administrativa en IncluCES) que no realizan o ejecutan de forma correcta la Gestión Administrativa	MEDIA
Datos de contacto CES vacíos o inconsistentes	MEDIA

Se solicitó a cada líder del proceso enviar el plan de mejoramiento para cada oportunidad de mejora. Fecha de entrega 11 de julio

En el marco de la revisión de los procesos, el área de riesgos elaboró recomendaciones y planes de mejoramiento con el objetivo de fortalecer los procedimientos existentes y garantizar su alineación con las buenas prácticas en materia de gestión de riesgos, así como con la normatividad aplicable. Estas acciones buscan promover la eficiencia, la efectividad y el cumplimiento normativo del sistema de gestión de riesgos de la Universidad CES.

## **1.2 Otras actividades de cumplimiento normativo**

### **Capacitación y formación a empleados**

Dentro de la planeación anual de gestión de riesgos, se tiene establecido una serie de capacitaciones a todo el personal de la Universidad CES. Dentro de las estrategias que se estableció se tiene lo siguiente:

- Cursos obligatorios en SARLAFT, SICOF y PTEE a todo el personal que tenga un vínculo laboral, este curso esta ofertado permanentemente. Se encuentra en la plataforma virtual de educación continua, deben entregar el certificado al área de Talento Humano.
- Durante el proceso de inducción de personal nuevo, es obligatorio la realización de los cursos de SARLAFT, SICOF y PTEE.
- Se realizó por parte de nuestro proveedor Risk Consulting como aliado en el proceso de validaciones en listas de riesgos, la capacitación a todo el personal que apoya en el cumplimiento de la política de los subsistemas de administración de riesgos, el tema sobre Corrupción y Soborno Transnacional
- **Actualización de datos de las contrapartes**

Para la actualización de datos de las contrapartes de proveedores y empleados, se hizo inicialmente una mejora a los sistemas de información, haciendo que las plataformas utilizadas para tal fin arrojaran más información de análisis y control de riesgo, asimismo, que estuviera alineada con la normatividad. Estas se encuentran asociadas a los conflictos de interés, documentación de cumplimiento normativo y de validaciones de riesgos.

Para este año 2025 se lanzó a través de campañas, la nueva presentación del formulario de conocimiento. Para empleados fue en el mes de mayo y para proveedores fue en el mes de julio.



Como estrategia para la actualización de los empleados, se tiene establecido para este segundo semestre, enviar correos personalizados en los que hayan cumplido con el tiempo de actualización.

Para los proveedores se tiene como estrategia enviar correo. El área de compras lanzará esta estrategia anualmente en el primer trimestre del año. Por tanto, se están actualizando uno a uno cada que se le solicite una orden compra o servicio, teniendo en cuenta la fecha de su última actualización.

#### - **Evaluación y análisis de los Conflictos de interés reportados**

Durante el proceso de actualización de datos, para el primer trimestre del año se consideró de manera obligatoria la realización de la declaración de conflictos de interés de los órganos de gobierno, para ello se realizó un informe y se analizaron y evaluaron cada caso en el Comité de Conducta y Gobierno Organización del mes de abril. Los casos donde se evidenciaron situación de riesgo por inhabilidad o conflicto de interés, fue elevado con Consejo Superior para que se tomaran las medidas de mitigación.

Dentro de las recomendaciones que surgieron en la evaluación de los conflictos de interés, se tiene, lo siguiente:

- En cuanto los conflictos de interés relacionados con la parte académica y que se originaron por los cambios en la estructura académica, deben ser analizado y considerados desde la rectoría, hasta tanto no se tenga definido la elección de nuevas decanaturas y de jefes de programa.
- Dentro de la política de plan de desarrollo y sucesión incluir todo lo relacionado con conflictos de interés.
- Se cuenta con declaraciones de conflictos de interés previas en el proceso de selección del empleado y proveedores y en los contratos y convenios.

#### - **Requerimientos por las autoridades de vigilancia y control tanto interno como externos**

##### o **Organismos Externos**

Se recibió comunicación por parte de la Procuraduría General de la Nación sobre el reporte de índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA. Si bien este reporte está orientado a las entidades públicas, La Universidad CES aplica en el manejo de recursos públicos por proyectos con entidades del estado. Este reporte debe ser entregado a corte del 31 de agosto.

##### o **Control interno y Revisoría Fiscal**

En el mes de julio se hizo entrega de la información sobre el riesgo de Fraude en la Institución, esta evaluación es solicitada anualmente por la revisoría fiscal.

Se tiene previsto una reunión el día 29 de julio con revisoría Fiscal para evaluar el cumplimiento de los controles establecidos y lo establecido conforme a los documentos normativos que se tiene en cumplimiento de los sistemas de riesgos SARLAFT- SICOF y PTEE.



Se ha venido realizando revisiones aleatorias al Subsistema de Administración de riesgos por parte de control interno, especialmente para los procesos de Due Diligence de Empleados y proveedores. A la fecha del presente informe no se ha entregado un informe de resultados de la verificación.





### 1.3 Seguimiento a los indicadores de cumplimiento de los Subsistemas de Administración de Riesgos

El área de gestión del riesgo en su estrategia de monitoreo y seguimiento a establecido indicadores que le permita medir tendencias, desviaciones, oportunidades de mejora y para ello definió unos indicadores de riesgos en los que su objetivo es mantenerlos en niveles aceptables permitiendo a la organización implementar estrategias efectivas, asegurando el cumplimiento de los lineamientos tanto interno como externo.

- Nombre del indicador: Calidad de los controles

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	análisis resultado 2025-I
Monitorear los controles corporativos que son óptimos, efectivos, eficientes, económicamente viables y están ejecutándose adecuadamente.	Mayor o igual al 80%	$[(\text{Número de controles con valoración superior a 80}) / (\text{Número total de controles activos})] * 100$	Semestral	213	252	85%	Con este indicador se logra obtener un porcentaje de controles óptimamente diseñados para la mitigación del riesgo.	El 85% de los controles existentes en la matriz tienen calificación óptima. Se cumplió la meta.

- Nombre del indicador: Materialización de eventos de los subsistemas de riesgos (fraude, corrupción, soborno, LAFT)

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	análisis resultado 2025-I
Monitorear las materializaciones de riesgos de fraude, corrupción, soborno, LAFT	0%	$[(\text{Número de eventos de riesgos catalogados como: fraude, corrupción, soborno, LAFT}) / (\text{Número total de eventos})] * 100$	Semestral	0	1	0%	El registro de eventos permite tener mayor control sobre la frecuencia de materialización, sus causas y mejorar el establecimiento de las acciones correctivas. Cero tolerancias frente a los riesgos fraude, corrupción, soborno, LAFT	En el primer semestre de 2025 fue reportado un evento de riesgo materializado, el cual fue catalogado como fraude, corrupción, soborno, LAFT. Se cumplió la meta. Nota: se toma para la extracción de datos, fecha de reporte. Evento 202506005.



- Nombre del indicador: Riesgos residuales por encima del apetito del riesgo corporativo

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	análisis resultado 2025-I
Monitorear el perfil de riesgo corporativo y que se ajuste al apetito al riesgo institucional	Menor o igual al 5%	$[(\text{Número de riesgos residuales en la escala extrema}) / (\text{Número total de riesgos residuales})] * 100$	Semestral	0	70	0%	Se debe hacer seguimiento a la calificación de los riesgos y su evolución en el tiempo	Actualmente NO hay ningún riesgo con valoración residual extrema. Los 70 riesgos vigentes, se distribuyen por su calificación residual de la siguiente manera: Baja:21, Moderada: 36, Alta:13 y Extrema:0. Se cumplió la meta.

- Nombre del indicador: Porcentaje de materializaciones con respecto a los riesgos identificados

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Revisar situaciones generadoras de riesgos materializados como, frecuencia, causas y el impacto	Menor o igual al 2%	$[(\text{Número de eventos} / \text{Número total de riesgos vigentes})] * 100$	Semestral	1	70	1,43%	Se debe revisar que porcentaje de los riesgos identificados se materializaron y tomar medidas	En el primer semestre de 2025 fue reportado un evento de riesgo materializado, Evento 202506005. Actualmente hay 70 riesgos vigentes. Se cumplió la meta. Nota: se toma para la extracción de datos, fecha de reporte.

- Nombre del indicador: Porcentaje de cumplimiento de actualización de datos anual de empleados



Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Lograr un cumplimiento satisfactorio para la actualización de datos anual conforme a la normatividad aplicable.	Igual o mayor al 90%	$[(\text{Número total de empleados que actualizaron los datos} / \text{Número total de empleados activos})] * 100$	anual	474	1771	27%	Cumplimiento de la norma, establecer planes de mejoramiento frente a empleados que no cumplan con dicho requerimiento.	De 1771 empleados que suministró el área de nómina a corte de julio de 2025, 474 ha actualizado sus datos en lo que va corrido del año: La meta se debe cumplir antes de finalizar el año 2025. Como estrategia, el área de riesgos enviará correos personalizados revisando la fecha de corte de su actualización del dato.

- Nombre del indicador: Porcentaje de cumplimiento de capacitación y sensibilización al personal con funciones de apoyo al cumplimiento a la política de debida diligencia de los subsistemas de administración de riesgos.

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Medir el nivel de capacitación del personal de apoyo en materia de gestión de riesgos, asegurando que todos los empleados con funciones de apoyo cuenten con el conocimiento necesario para identificar, prevenir y mitigar riesgos relacionados con SARLAFT y los subsistemas.	100%	$[(\text{Número total de empleados de apoyo capacitados} / \text{Número total de empleados que tiene funciones de apoyo al cumplimiento a la política de debida diligencia})] * 100$	anual	124	145	86%	Cumplimiento de la norma, establecer planes de mejoramiento frente a empleados que no cumplan con dicho requerimiento	Se extrajo la base de datos del personal de apoyo (asistentes de facultades, talento humano, compras, entre otros) y se filtraron únicamente aquellos que aún laboran en la Universidad, cruzando esta información con la base de datos suministrada por nómina. El resultado fue un total de 145 personas. De estas, se verificó cuántas habían sido capacitadas en el proceso SARLAFT y/o en la formación impartida por Risk Consulting, encontrando 124 personas capacitadas, lo que representa un avance del 86%. Este indicador es de seguimiento anual, por lo que aún quedan seis meses para alcanzar la meta del 100%. Durante este tiempo se continuará con las acciones para reforzar la cobertura de la capacitación.



- Nombre del indicador: Capacitación y formación a empleados activos sobre los subsistemas de administración de riesgos

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Capacitar a los empleados activos sobre los subsistemas de administración de riesgos	100%	$[(\text{Número total de empleados capacitados} / \text{Número total de empleados activos})] * 100$	anual	510	1771	29%	Cumplimiento de la norma, establecer planes de mejoramiento frente a empleados que no cumplan con dicho requerimiento	De 1771 empleados que suministró el área de nómina a corte de julio de 2025, descontando los duplicados, se han capacitado a 510 empleados, entre la Inducción, cursos virtuales, capacitaciones del proceso de SARLAFT y capacitaciones del proveedor Risk Consulting. Se tiene el resto del año para continuar con la meta. Lo que llevamos en los procesos de formación de área, en total han sido 4195 capacitaciones desde el año 2017 a la fecha.

- Nombre del indicador: porcentaje de cumplimiento del número de denuncias recibidas y gestionadas.

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Evaluar la eficiencia en la gestión de denuncias, asegurando que los reportes recibidos a través del canal de transparencia sean atendidos en su totalidad y dentro de los plazos establecidos.	100%	$[(\text{Número de denuncias gestionadas dentro de los plazos establecidos} / \text{Número total de denuncias recibidas})] * 100$	Semestral	10	11	91%	Cumplimiento normativo y de lineamiento institucional, frente a las denuncias recibidas por los medios oficiales	Se observa una gestión efectiva frente a la solución de los casos. A corte del período, está pendiente un caso de finalización, ya que este proceso se encuentra en manos del denunciante y no de la Universidad. Se tiene dos meses para cerrar el proceso, el cual vencería el 24/08/2025.



- Nombre del indicador: Porcentaje de cumplimiento frente a las recomendaciones emitidas por los órganos de vigilancia y control tanto internas como externas

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Atender las recomendaciones emitidas por los órganos de vigilancia y control. Como, autoridades externas, revisoría fiscal y control interno	Igual o mayor al 90%	$[(\text{Número de recomendaciones gestionadas} / \text{Número total de recomendaciones recibidas}) * 100]$	Anual	NA	NA	NA	Revisar y ajustar las recomendaciones emitidas por las autoridades de vigilancia y control y tomar las medidas correspondientes para evitar el incumplimiento o no conformidades	Al corte del análisis de la información, aún no se ha realizado la auditoría de Revisoría Fiscal correspondiente al año 2025 por lo tanto, aún no hay insumos para calcular el indicador. Está citada reunión de trabajo para el 29 de julio de 2025 durante todo el día laboral.

- Nombre del indicador: Hallazgos críticos encontrados por el área de riesgos en los monitoreos al sistema de gestión integrado de riesgos.

Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia de monitoreo	Numerador	Denominador	Resultado 2025-I	Tipo de análisis	Análisis resultado 2025-I
Medir la proporción de hallazgos críticos identificados en los monitoreos realizadas por el área de riesgos a los subsistemas de riesgos, con el fin de evaluar la gravedad de las deficiencias detectadas, que puedan implicar incumplimientos normativos, multas o sanciones.	Menor o igual al 5%	$[(\text{Número total de hallazgos críticos en las auditorías al Sistema de Gestión Integral de riesgos} / \text{Número total hallazgos}) * 100]$	Semestre	0	14	0%	Analizar si los hallazgos críticos se deben a fallas en procesos, controles ineficaces o incumplimiento normativo y tomar medidas prioritarias de remediación.	En el último monitoreo a los subsistemas se identificaron 14 hallazgos, ninguno de ellos de categoría extrema (critica).



## **2. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS RIESGOS EN PROCESOS Y ESTRATÉGICOS**

Es importante destacar la metodología institucional que utiliza la Universidad CES para la identificación, control y monitoreo de los riesgos corporativos. Esta metodología evalúa cada riesgo en función de su probabilidad e impacto, permitiendo calcular automáticamente el riesgo residual basado en el porcentaje de efectividad de los controles asociados. Todo este proceso está respaldado por la herramienta tecnológica ALMERA, que funciona como la plataforma central para la gestión del riesgo y es administrada y liderada por la Oficina de Gestión del Riesgo y la Oficial de Cumplimiento.

En el ciclo de monitoreo actual para este primer semestre del año, se seleccionaron los riesgos con calificación residual alta y, sobre estos, se analizaron los controles establecidos para su mitigación, así como las áreas responsables de su implementación. A partir de este análisis, se definieron las áreas con las cuales se realizaría el monitoreo. Con cada una de estas áreas, se revisaron todos los controles en los que participaban, independientemente de la calificación del riesgo asociado.

Las reuniones de revisión se llevaron a cabo de manera presencial entre el 14 y el 18 de julio de 2025, y los resultados de estas sesiones son los siguientes:

### **Áreas objeto de revisión:**

- Impacto social y relacionamiento estratégico.
- Gestión de Talento Humano.
- Abastecimiento de bienes y servicios.
- Gestión inmobiliaria.
- Desarrollo docente.
- CES Digital
- Dirección Académica.
- Admisiones y registros.
- Docencia servicio.
- Laboratorios e ingeniería.
- Aseguramiento de la calidad.
- Dirección de Ciencia, Tecnología e innovación.
- Planeación y desarrollo organizacional.
- Áreas financieras (Costos y presupuestos, Gestión Contable, Apoyo financiero, Tesorería).
- Dirección de extensión.

### **Áreas pendientes:**

- Tecnología de información: el líder del área se comprometió a entregar el seguimiento y monitoreo de los riesgos y controles revisados a más tardar el jueves 24 de julio de 2025.
- Mercadeo y comunicaciones: no fue posible realizar la revisión por otras ocupaciones de la líder y se estableció nueva reunión para realizar el ejercicio
- Dirección de Ciencia, tecnología e Innovación: se hizo revisión preliminar con la directora de Extensión. Se debe repetir este ejercicio cuando regrese la líder del proceso.

### Estadísticas generales:

Al cierre del año 2024, la Matriz de Riesgos Corporativa contenía 70 riesgos y 272 controles. Tras el proceso de monitoreo y seguimiento realizado durante el primer semestre del 2025, la matriz mantuvo los mismos 70 riesgos, pero ahora están mitigados por 252 controles únicos, excluyendo controles repetidos. Esta cifra se obtiene restando los 24 controles que dejaron de ser pertinentes de los 272 originales y sumando 4 nuevos controles incorporados.

Es importante aclarar que un mismo control puede mitigar varios riesgos, incluso de diferentes procesos, por lo que un control puede aparecer varias veces en la matriz asociado a distintos riesgos. Sin embargo, los 252 controles reportados corresponden únicamente a controles distintos, sin contar repeticiones.

Gráfico 1- Estadísticas generales del monitoreo de riesgos 2025-1



Con cierre de este monitoreo semestral se obtiene la siguiente distribución de riesgos según su categoría, tanto en riesgo inherente como residual, este ultimo hace referencia a la posición del riesgo de la institución después de haber aplicado e implementado los controles. Esto hace que la organización alcance un mayor nivel de apetito y tolerancia del riesgo.

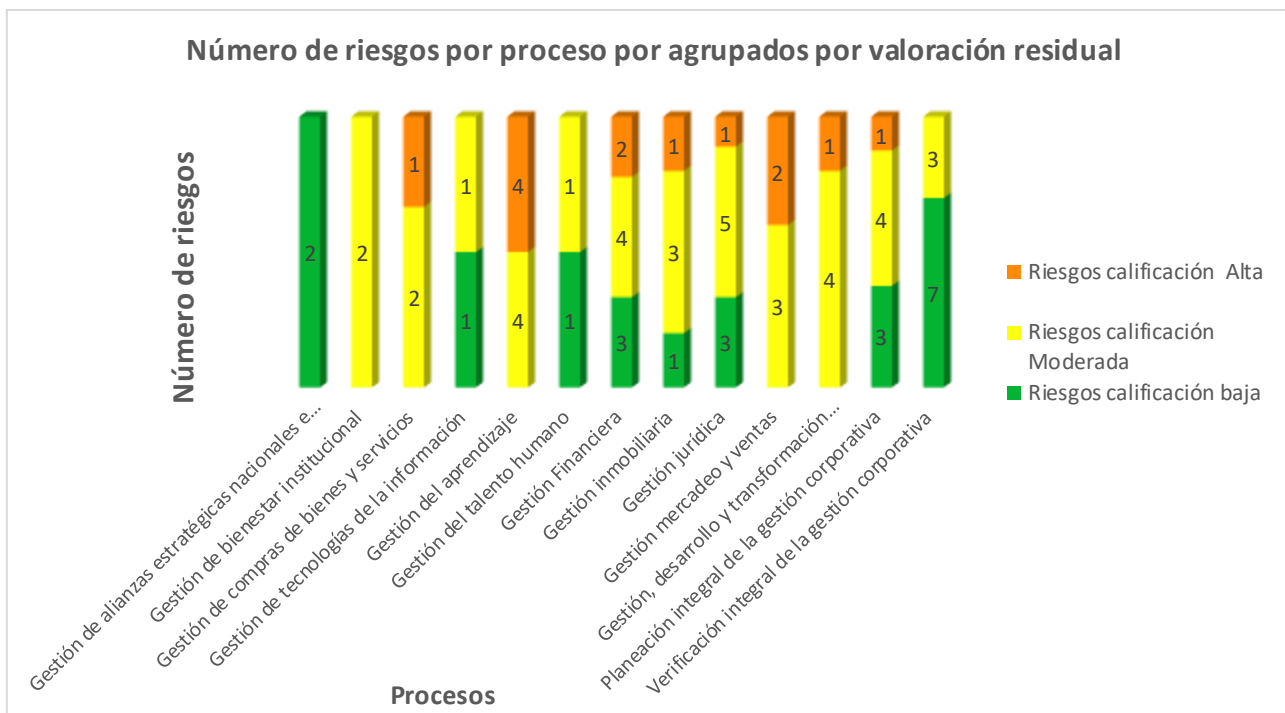
Los análisis que se realicen sobre el perfil de riesgos de la institución se tomaran como referencia, los riesgos residuales.

Riesgo Inherente			Riesgo residual		
Baja	8	11,43%	Baja	21	30,00%
Moderada	18	25,71%	Moderada	36	51,43%
Alta	23	32,86%	Alta	13	18,57%
Extrema	21	30,00%	Extrema	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

En la siguiente gráfica se puede observar el número de riesgos según su nivel de criticidad de bajos, moderados y altos para en su valoración residual, para cada proceso.

Como se puede observar, el proceso que más riesgos identificados tiene es “Verificación integral de la gestión corporativa”, sin embargo, no tienen riesgos residuales calificados como altos.

Gráfico 2- Número de riesgos por procesos y valoración residual



### Responsable de los Controles por Direcciones

En la siguiente tabla se pueden visualizar el número de controles a cargo de cada Dirección, para el total de los 252 controles vigentes, ordenados de mayor a menor.

De acuerdo con el resultado de este monitoreo, se resalta que la mayor proporción la aporta la Dirección Administrativa y Financiera, el cual es acorde con los procesos que ejecuta esta dirección dado su tamaño por tener varias áreas tanto administrativas como financiera.

También se puede observar que siete (7) áreas congregan del 89.3% de los controles. Estas son:

1. Dirección Administrativa y Financiera.
2. Secretaría General.
3. Dirección Académica.
4. Oficial de cumplimiento y Oficina de Riesgos.
5. Oficina de comunicaciones y relacionamiento.
6. Dirección de extensión.
7. Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación.



Tabla 4 – Controles por direcciones

Dirección	Número de controles a cargo	Porcentaje
Dirección Administrativa y Financiera	94	37.3%
Secretaría General	44	17.5%
Dirección Académica	39	15.5%
Oficial de cumplimiento y Oficina de Riesgos	17	6.7%
Oficina de comunicaciones y relacionamiento	12	4.8%
Dirección de extensión	10	4.0%
Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación	9	3.6%
Oficina de planeación y desarrollo organizacional	8	3.2%
Bienestar Universitario	5	2.0%
Rectoría	2	0.8%
Oficina de control interno	2	0.8%
Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación/Líder de calidad	2	0.8%
Secretaría General/Oficial de cumplimiento y Oficina de Riesgos	1	0.4%
Bienestar Universitario/Dirección Académica	1	0.4%
Dirección Académica/Oficina de planeación y desarrollo organizacional	1	0.4%
Dirección Académica/ Secretaría General	1	0.4%
Dirección de Extensión/Rectoría	1	0.4%
Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación/Dirección Administrativa y Financiera	1	0.4%
Dirección Administrativa y Financiera/Oficial de cumplimiento y Oficina de Riesgos	1	0.4%
Oficina de control interno/Oficial de cumplimiento y Oficina de Riesgos	1	0.4%
<b>Total general</b>	<b>252</b>	<b>100.0%</b>

***Riesgos más críticos de tipo estratégicos.***

Se cuenta 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 5- Riesgos estratégicos con magnitud Alta

<b>Código del riesgo</b>	<b>Riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos</b>	<b>Responsable</b>
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

Como estrategia el área de riesgos en el comité Financiero, Auditoría y Riesgos del mes de julio, había propuesto el monitoreo y actualización de los riesgos estratégicos en un taller con los órganos de gobierno para el mes de septiembre, no obstante, la rectora propuso alinear los riesgos estratégicos con el ejercicio de planeación estratégica que se desarrollara en el mes de agosto, que se realizara por sesiones y grupos estratégicos, se coordinó con la líder de planeación revisar el tema y ajustar la metodología de trabajo para que se incluya los riesgos de tipo estratégico.

### **Seguimiento a los Controles institucionales**

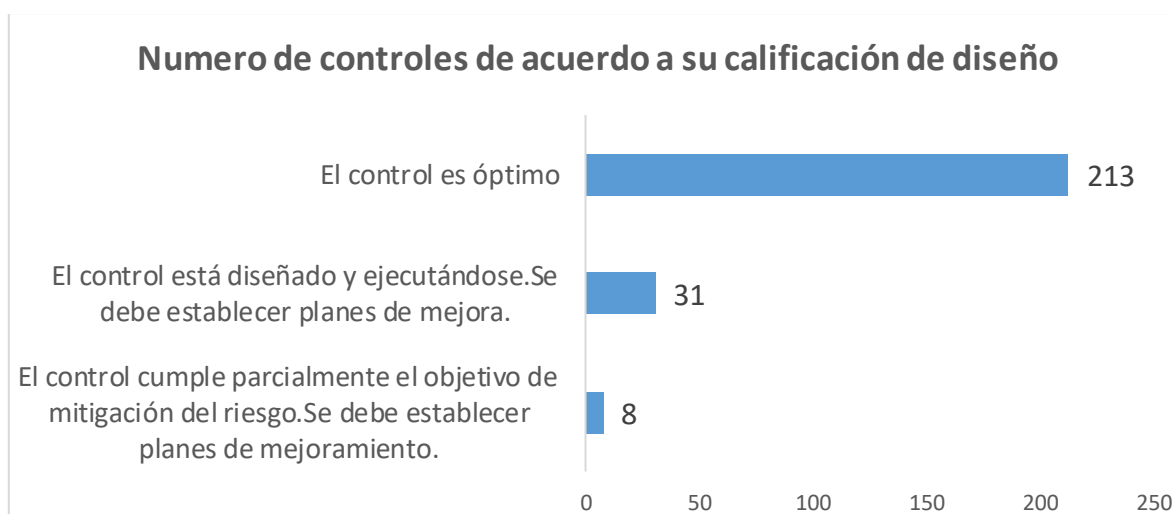
De los 252 controles que quedaron activos, el 85 % (213 controles) presenta una calificación óptima (superior al 80 %), lo que evidencia un diseño adecuado para la mitigación de los riesgos riesgo.

El 12 % (31 controles) corresponde a una calificación entre el 60 % y el 80 %, lo que indica un buen funcionamiento, aunque requieren oportunidades de mejora.

El 3 % restante (8 controles) obtuvieron una calificación entre el 40 % y el 60 %, lo que refleja un cumplimiento parcial del objetivo; en estos casos, se requiere ajustar el diseño y/o la ejecución, y definir planes de acción a mediano plazo.

Ningún control obtuvo una calificación inferior al 40 %.

Gráfica 3 – Distribución de la efectividad de diseño de los controles





### **Planes de acción para la complementar los controles y la mitigación de los riesgos**

Durante el monitoreo, también se actualizaron los estados de los planes de acción asociados a los controles.

Actualmente, entre toda la Universidad y sus centros de servicios, existen 51 planes de acción abiertos, es decir, con un porcentaje de avance inferior al 100%. Cada uno cuenta con un responsable asignado y una fecha máxima de cumplimiento

Estos planes de acción están vinculados no solo a la Matriz de Riesgos Corporativa, sino también a otras matrices claves como, la Matriz de Auditorías Internas y Externas (que agrupa planes de acción derivados de auditorías de Revisoría Fiscal) y la Matriz de Seguridad y Salud del Paciente – IPS CES (con planes de acción orientados a fortalecer los controles de seguridad del paciente de la IPS).

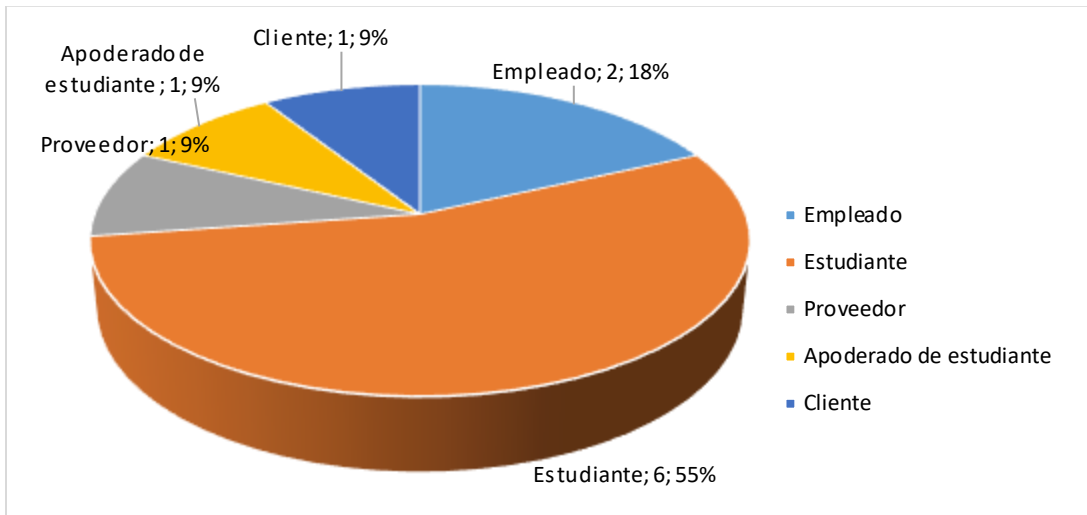
### **Otras actividades realizadas en el semestre 2025-1**

- Durante el primer semestre de 2025, se realizaron otras actividades importantes relacionadas con gestión del riesgo, tales como la creación de la Matriz Seguridad y Salud del paciente CVZ, que está en construcción y actualmente cuenta con 17 riesgos y 15 controles.
- En este mismo periodo de tiempo, también se creó la Matriz de Riesgos y controles del Comité de Ética, que está asimismo en construcción y actualmente cuenta con 11 riesgos identificados.
- Durante el semestre se dio cumplimiento a la ejecución de los comités de apoyo al Consejo Superior que tiene como periodicidad realizarse de manera trimestral. Estos comités son Comité Financiero, Auditoria y Riesgo y el Comité de Conducta y Gobierno Organizacional, este se ha realizado con la rigurosidad y cumplimiento con las funciones establecidas por cada comité. Para el comité de Mejoramiento de la Calidad, este no se ha ejecutado durante este semestre dado, que la nueva líder de calidad se incorporó a la institución en el mes de mayo, si se encuentra en reconocimiento de este proceso y por tanto sería la persona quien lideraría este comité. Se espera cumplir con los comités que se encuentran programados para el segundo semestre del año.

### **3. CANAL DE TRANSPARENCIA DE LA UNIVERSIDAD CES**

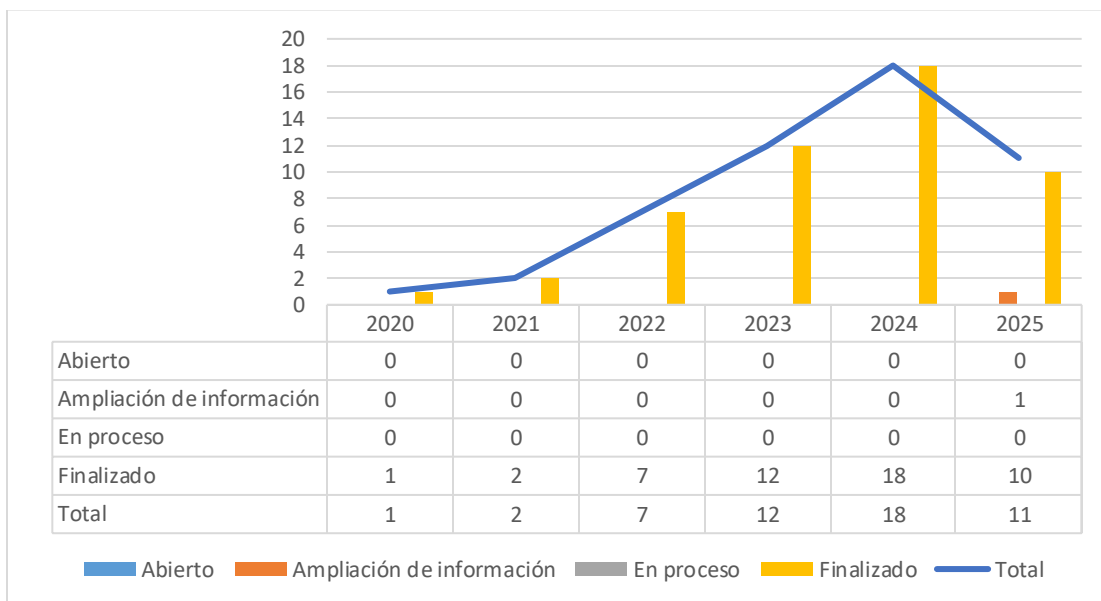
De acuerdo con el informe correspondiente al año 2025, se han recibido un total de 11 denuncias, siendo la participación más significativa la de los estudiantes, seguida por los empleados, y en menor medida, proveedores y clientes. Es importante destacar que la Universidad ha respondido de manera oportuna y dentro de los plazos establecidos, conforme al protocolo institucional de atención de denuncias.

Gráfica 4 – Número de denuncias por grupo de interés.



De las denuncias recibidas, solo (1) una se encuentra en estado de *solicitud de ampliación de información*, la cual fue dirigida a un estudiante el 25 de abril de 2025. Según lo establecido en el protocolo interno, se cuenta con un plazo de dos meses para brindar una respuesta, ya sea interna o externa, el día 24 de junio, se recibió un correo del apoderado del estudiante solicitando un proceso de investigación de unas personas que están dispuestas a indagar y declarar, asimismo, la línea ética respondió por lo que el proceso sigue en estado de aplicación de información. En cuanto a las demás denuncias, todas han sido gestionadas y cerradas de acuerdo con los procedimientos establecidos, garantizando así la adecuada atención y resolución de cada caso.

Gráfica 5 – Estado de las denuncias por años

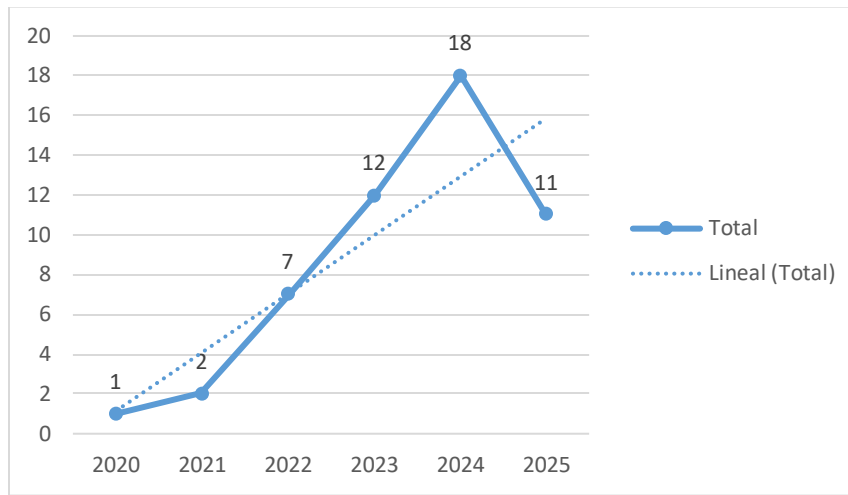




Comparando los primeros semestres de los años 2024 y 2025, se observa un incremento del 37.5% en el número de denuncias, pasando de 8 a 11, respectivamente.

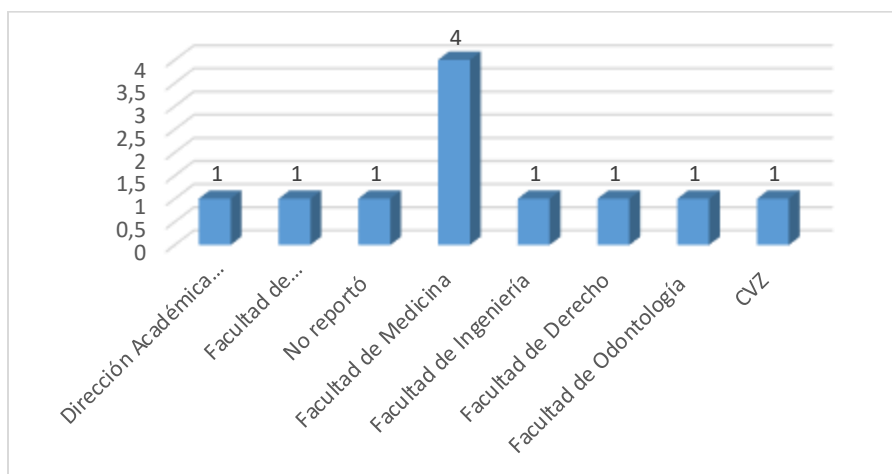
Desde la creación del sistema de gestión de denuncias en el año 2019 hasta la fecha, correspondiente al mes de junio, se han recibido un total de 51 denuncias. Este acumulado refleja un crecimiento exponencial en la cantidad de denuncias año tras año, siendo el año 2024 el año con el mayor número de reportes. El principal grupo de interés que realiza estas denuncias son los estudiantes, seguidos por otros ciudadanos, clientes y empleados.

Gráfica 6 – Número de denuncias por año



De acuerdo con los reportes correspondientes al año 2025, la dependencia o facultad que registró la mayor incidencia en número de denuncias fue la Facultad de Medicina, con un total de cuatro reportes. De estas, dos denuncias corresponden directamente a la facultad, mientras que las otras dos están relacionadas con programas en convenio, específicamente Tecnología de Atención Prehospitalaria, y con el proyecto Programa CRUE SEM y CIGA. En el resto de los casos, cada dependencia académica y/o administrativa recibió una denuncia.

Gráfica 7 – Número de denuncias por dependencias y facultades





#### 4. INFORME DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

El área de Control Interno, en un trabajo coordinado con la Administración de la Universidad viene 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 Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos, 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 desarrollados y 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 seguridad de información y de aspectos específicos de la operación de la institución.

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 evitando la duplicidad de funciones.

A las reuniones del Comité Financiero, de Auditoría y Riesgos y al Comité de Conducta y Gobierno Organizacional, asiste como invitado Control Interno, lo que asegura la alineación del Sistema de Control Interno y a su vez se convierte en un canal para retroalimentar al Consejo Superior, teniendo en cuenta que en dichos comités participan 6 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 cuenta con una estructura de gobierno acorde con sus modelos de negocio es así como la Universidad cuenta con su máximo órgano de gobierno la Sala de Fundadores, el Consejo Superior, los Comités de apoyo (Financiero, Auditoría y Riesgos, Conducta y Gobierno Organizacional y Calidad).
- Se cuenta con un Código de Ética, Conducta y Buen Gobierno le cual está vigente desde el año anterior.
- Se cuenta con un reglamento interno de trabajo y se encuentra publicado en un lugar visible (Pendiente su actualización de acuerdo con las nuevas regulaciones).
- Se está en el proceso de actualización de los manuales de funciones para cada cargo.
- Los procedimientos claves de la Universidad y publicados en la página web están siendo actualizados.
- Se cuenta con visión de estrategia acorde con la misión y la visión.

**(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, sin embargo, actualmente se está redefiniendo el modelo de administración del riesgo de liquidez.
- El área de riesgos ha diseñado una matriz de riesgos en la cual esperamos incluir los riesgos por proceso en coordinación con dicha área.
- 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; actualmente estamos culminando el proceso de evaluación a los sistemas de administración de riesgos por el primer semestre de 2025, sobre el cual emitiremos un informe independiente, que presentaremos previamente al Comité Financiero de Auditoría y Riesgos con copia a Rectoría y al Consejo Superior.

### **(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 ha efectuado seguimiento a las observaciones presentadas por la Revisoría Fiscal en su dictamen, en especial las relacionadas con la seguridad de la información las cuales requieren un esfuerzo importante para su implementación.
- En nuestra evaluación se incluyó el principio fundamental de una adecuada segregación de funciones y sobre este aspecto hemos realizado observaciones relaciones con la concentración de funciones en el Líder de Gestión Financiera, las cuales están siendo analizadas por la Administración.
- Se evaluó la política de conflicto de interés y se atienden las situaciones declaradas en coordinación con el área jurídica y riesgos.
- Se cuenta con acuerdos 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 canales de comunicación responsables de conformidad con la resolución 067 de 2018 emitida por la Institución.
- Sobre la política anterior se ha solicitado a la Administración su actualización en particular lo referente a las comunicaciones o requerimientos recibidos de los entes de control en donde debe quedar claro que las mismas deben ser autorizadas y firmadas directamente por el Representante Legal de la Universidad.

### **(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 al 30 de junio presenta un grado de cumplimiento aceptable, 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.

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 2025 y adicionalmente la emisión de estados financieros y sus notas, 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  
Julio 23 de 2025