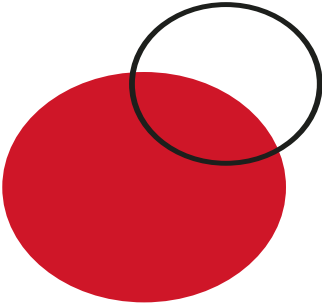


INFORME CUATRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Primer Cuatrimestre 2026



MARIA ESMERALDA CONTRERAS CACERES
Jefe Oficina de Control Interno

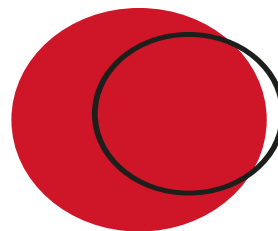


TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO	3
3. MARCO LEGAL.....	3
4. METODOLOGIA.....	4
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	5
6. ANÁLISIS POR PROCESO	5
6.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	6
6.2 DOCENCIA.....	8
6.3 INVESTIGACIÓN	9
6.4 EXTENSIÓN.....	11
6.5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....	11
6.6 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	18
6.7 GESTIÓN ESTUDIANTIL	18
6.8 GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS	22
6.9 GESTIÓN DE COMUNICACIONES.....	22
6.10 GESTIÓN LEGAL.....	23
6.11 GESTIÓN DOCUMENTAL	24
6.12 GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	29
6.13 GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO.....	30
6.14 GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS	32
6.15 AUDITORIA Y CONTROL INTERNO	33
6.16 GESTIÓN DE CALIDAD.....	35
7. CONCLUSIONES.....	36
8. RECOMENDACIONES	38

1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe de Seguimiento Cuatrimestral tiene como propósito fundamental exponer el estado actual de los riesgos de corrupción identificados en la entidad, en cumplimiento de los lineamientos de transparencia y legalidad vigentes. Más allá de un ejercicio de verificación de actividades, este documento se centra de manera prioritaria en la evaluación de la efectividad de los controles establecidos en los Mapas de Riesgos de Corrupción.

La gestión del riesgo no se agota con la simple existencia de mecanismos de mitigación; por ello, este análisis profundiza en si los controles diseñados están operando de manera idónea para prevenir, detectar o corregir posibles desviaciones de la integridad administrativa.

A través de este seguimiento, se busca no solo reportar el avance en el cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), sino también identificar brechas de control que requieran ajustes estratégicos. De este modo, el informe se constituye como una herramienta de toma de decisiones para la alta dirección, orientada al fortalecimiento institucional.

2. OBJETIVO

Realizar el seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción de cada proceso, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2026.

3. MARCO LEGAL

- Guía de identificación, análisis y valoración de riesgos por Procesos GI-DE-01 2026 Versión 2.
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas 2025 Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Decreto 1122 de 2024 Artículo 4°. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de su publicación y regula de manera integral lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública. En consecuencia, se derogan tácitamente las normas reglamentarias relacionadas con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que sean incompatibles y, de forma expresa, los artículos 2.1.4.1, 2.1.4.2, 2.1.4.3, 2.1.4.4, 2.1.4.5, 2.1.4.6, 2.1.4.7, 2.1.4.8 y 2.1.4.9 del Decreto número 1081 de 2015. (Actualmente la UFPS se encuentra en régimen de transición hasta el 30 agosto de 2026).
- Acuerdo 062 de 2023 “Por el cual se adopta la nueva Política de Administración de Riesgos y el nuevo Mapa de Riesgos Institucionales para la Universidad Francisco de Paula Santander”.
- Ley 2195 de 2022 “Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 31 modifica el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción.
- Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015... ()”, ARTÍCULO 2.2.21.5.3 *De las oficinas de control interno*. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.
- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.

4. METODOLOGIA

Se analizó las evidencias reportadas por cada proceso teniendo en cuenta los controles y las acciones asociadas al control de los riesgos de corrupción definidos en el Mapa de Riesgos Institucional, dando cumplimiento al rol de Tercera Línea de Responsabilidad en cuanto a la realización de la evaluación independiente.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Para el presente seguimiento, se identificó un total de catorce (14) riesgos de corrupción, los cuales se encuentran distribuidos por tipo de proceso, de la siguiente manera:

RIESGOS DE CORRUPCIÓN				
PROCESOS	Nº DE RIESGOS	% PARTICIPACIÓN TOTAL RIESGOS	Nº DE CONTROLES	% PARTICIPACIÓN TOTAL CONTROLES
Estratégicos	1	7.1%	1	3%
Misionales	1	7.1%	1	3%
De Apoyo	9	64.3%	24	66%
De Evaluación	3	21.4%	10	28%
TOTAL	14	100%	36	100%

Del cuadro anterior se concluye que los Mapas de Riesgos de corrupción por procesos están conformados por 14 riesgos en total, de los cuales 64.3% de éstos (9 riesgos) se encuentran relacionados con los procesos de apoyo, en los que se concentra el 66% (24 controles) del total de controles de los Mapas de Riesgos de corrupción, dado que los procesos de apoyo han identificado el mayor número de riesgos de corrupción, por ser procesos transversales, gestionados por varias dependencias. Se evidenció una disminución de los riesgos identificados en los procesos de apoyo (Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Estudiantil y Gestión de Bienestar Universitario) al pasar de 15 a 9 para la presente vigencia ya que se reformularon y/o se fusionaron con otros.

6. ANÁLISIS POR PROCESO

Como tercera línea de defensa, se llevó a cabo el seguimiento a riesgos de corrupción del Mapa de Riesgos Institucional para el primer cuatrimestre 2026, de conformidad con el Plan Anual de Acción y Auditorías para la vigencia 2026 y en cumplimiento de los roles y responsabilidades de la Oficina de Control Interno en materia de riesgos, los cuales fueron actualizados teniendo en cuenta el Acuerdo 062 de 2023 de la UFPS y la Guía de Identificación, análisis y valoración de riesgos por procesos GI-DE-01 de la UFPS.

6.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R6	Uso y divulgación inadecuada de la información.	Existen canales de comunicación internos y externos oficiales de la institución.	1.Establecer matriz de comunicaciones. 2.Diseñar y divulgar plan estratégico de comunicaciones. 3.Diseñar el Manual de Imagen Corporativa.	Memorando 14000.20.01 – 22 Cuadro de monitoreo y revisión de los riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico. Riesgo 6: https://drive.google.com/drive/folders/1TU5m5FF6nj-KbgxY8oq8VWdkN3zo17m1 En el enlace aportado se evidenció: Matriz de comunicaciones – UFPS DO-GC-01. Fecha de actualización: 20/10/2024 Plan de Comunicaciones – CECOM DO-GC-02. Fecha de actualización: 20/10/2024	No hubo cambios en el Mapa de Riesgos del proceso en cuanto a Riesgos de Corrupción. No se han acatado las observaciones realizadas en los informes anteriores, en cuanto a redefinir el riesgo y sus controles para asegurar que correspondan al proceso de Direccionamiento Estratégico y no al de Comunicaciones, por lo tanto, se recomienda realizar una revisión del riesgo para su actualización, modificación o ajuste. En cuanto a las acciones asociadas al control: - Se cuenta con la Matriz de comunicaciones – UFPS DO-GC-01. Fecha de actualización: 20/10/2024, se recomienda hacer una revisión y/o actualización al menos una vez al año

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					con el objetivo de garantizar su confiabilidad y exactitud, validando que los responsables, medios y frecuencias de comunicación definidos sigan siendo los adecuados para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. - En el Plan de Comunicaciones aportado se evidencia el Marco de Referencia Institucional desactualizado en cuanto a misión y visión de la UFPS. En los compromisos se indica el diseño, ejecución y actualización del Plan de Comunicaciones anual, pero no se presentó evidencia para el año 2026. - Para el caso de la acción de Diseñar el Manual de Imagen Corporativa, no se adjuntó ninguna información por parte del

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					proceso, sin embargo, en la página web institucional se pudo evidenciar el Manual de Identidad visual aprobado en el año 2024. Se recomienda replantear la actividad hacia un enfoque de verificación o supervisión del uso de la imagen corporativa.

6.2 DOCENCIA

El proceso de Docencia no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Sin embargo, se evidencia la gestión en la definición de riesgos de corrupción con aspectos por mejorar en cuanto a su estructura. Es importante que la redacción del riesgo refleje el uso del poder para fines particulares, cumpliendo con el estándar técnico: quién puede hacer qué, mediante qué medios y para qué beneficio, y que los controles sean acciones verificables orientadas directamente a mitigar las causas identificadas. Una vez ajustados bajo los lineamientos de la Guía de Identificación, análisis y valoración de riesgos por procesos GI-DE-01 de la UFPS, el líder del proceso podrá enviar el nuevo riesgo identificado a la Oficina de Planeación para su inclusión en el mapa de riesgos institucional, donde ya aprobado, la Oficina de Control Interno procederá con el monitoreo y evaluación de los controles.

6.3 INVESTIGACIÓN

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R6	Apropiación indebida de recursos	Aplicación de procedimiento de préstamo de los equipos de la VAIE.	Implementación del formato establecido para el préstamo de los recursos, artículos y/ o equipos de la dependencia que permita realizar control al préstamo de los equipos dentro y fuera de la institución.	Cuadro de reporte del primer cuatrimestre Formato préstamo de equipos VAIE	En cuanto a la descripción del riesgo se identificó que la redacción actual del riesgo ("Apropiación indebida de recursos") se limita a nombrar un resultado, omitiendo los elementos estructurales exigidos por la normativa vigente para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros). Se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. Se presentaron cambios en la descripción del control, y la descripción de las acciones asociadas al control. En cuanto al análisis del riesgo

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					inherente y residual se mantuvieron iguales. En cuanto a la descripción del control “Aplicación de procedimiento de préstamo de los equipos de la VAIE” se evidenció que la dependencia utiliza un formato en físico para el préstamo de equipos; sin embargo, se recomienda formalizar y/o documentar su procedimiento con lineamientos claros que eviten los vacíos sobre el uso del formato, su seguimiento y control y los pasos a seguir en casos de contingencia. También se recomienda robustecer el control con el objetivo de garantizar su efectividad en la mitigación del riesgo de corrupción (apropiación indebida de recursos), toda vez que el formato físico por sí solo opera como un registro administrativo, pero no previene ni detecta de forma oportuna la pérdida o desviación deliberada de los bienes.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO

6.4 EXTENSIÓN

El proceso de Extensión no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

6.5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R7	Uso indebido, sustracción o desviación de los bienes y/o Recursos Físicos para beneficio propio del servidor publico o de un tercero	1. Validación física de documentación que corresponda con la especificación de los elementos entregados 2. Verificación de la información aportada por el proveedor al	1. Inspección de los elementos ingresados respecto a la orden de compra en correlación con la información suministrada por el proveedor. 2. Gestión de entradas y salidas de los elementos ingresados con su	Se reporta por parte de la Unidad de Almacén: - Informe de seguimiento al mapa de riesgos de corrupción - Remisiones u órdenes de compra recibidas - Comprobantes de entrada - Comprobantes de salida - Circular del 02-02-2026	No hubo modificaciones en la redacción del riesgo identificado. Se identificó cambios en el análisis de riesgo inherente en cuanto a los criterios de impacto ya que se consideró un menor valor lo que conlleva a un menor impacto.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
		sistema de información financiera (SIF), en cumplimiento con los aspectos legales correspondiente para el ingreso de los elementos 3. Revisión periódica de inventario y seguimiento de bienes devolutivos asignados al personal de planta.	respectivo trámite legal mediante el sistema de información financiera (SIF). 3. Emitir comunicado mediante Datarsoft respecto a la responsabilidad en inventario de los elementos destinados a la custodia del personal a cargo y Verificación física de inventario en las dependencias según cronograma de actividades por bloque semestral.	- Cronograma de actividades 1er semestre 2026 - Actas de inventarios	Para el control 1 y 2 y las acciones asociadas al control 1 y 2: Se realizó verificación enviada por parte del proceso y la publicada en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II: Encontrándose que se hace verificación de los elementos con la Remisión del Proveedor y la Orden de compra, se ingresan los elementos al aplicativo SIF donde se hace el respectivo comprobante de entrada, y para la entrega de los elementos se registra en el SIF la salida por medio del Comprobante de salida, al responsable designado en el estudio previo. En el caso del control 3 se cuenta con un cronograma de actividades planteadas para el primer semestre 2026 donde se pudo evidenciar su cumplimiento de acuerdo con las actas de inventario realizadas a los Departamentos de Ciencias Agrícolas y Pecuarias, Departamento de

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					Arquitectura, Diseño y Urbanismo, y la Facultad de Ciencias Empresariales. También se evidenció por medio del Aplicativo DatArSoft la circular interna No.1 sobre manejo de inventarios por parte de la Jefe de Unidad de Almacén e Inventarios. Documentación verificada: 1. Abono orgánico (1.000) Biorganorte Líquido para la Finca San Pablo. Estudios Previos: Fecha: 16/enero/2026 Dora Clemencia Villada Decana Facultad Ciencias Agrarias y del Ambiente. Orden de compra: 26-0005 Fecha: 21/enero/2026 Remisión Distribuidora el Marquéz y/o Gonzalo Medina: 0209 Fecha: 27/enero/2026, Informe de Actividades: 03/Febrero/2026 Comprobante de Entrada Almacén: 0006831 Fecha: 09/febrero/2026.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					Comprobante de Salida Elementos de Consumo Almacén: 036921 Fecha: 09/febrero/2026. Asignado a Dora Clemencia Villada Decana Facultad Ciencias Agrarias y del Ambiente. 2. 2 Computadores todo en uno Lenovo, 1 Escaner HP, 3 Video proyector Epson, 1 Grabadora Sony, 3 Computadores portátiles Lenovo, 5 Licencias Office ProPlus Estudios Previos: Fecha: 15/enero/2026 Doris Amparo Parada Rico Decana Facultad De Ciencias De La Salud. Orden de compra: 26-0010 Fecha: 23/enero/2026 Remisión Mas Sistemas: Remisión 26-0010 Fecha: 03/febrero/2026. Informe de Actividades: 10/Marzo/2026 Comprobante de Entrada Almacén: 006847 Fecha: 13/marzo/2026.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					Comprobante de Salida Elementos Devolutivos Almacén: 007253 Fecha: 13/marzo/2026. Asignado a Doris Amparo Parada Facultad de Salud. 3. Implementos deportivos. Estudios Previos: Fecha: 28/Enero/2026 Luis Eduardo Trujillo Toscano Vicerrector De Bienestar Universitario. Orden de compra: 26-0039 Fecha: 30/Enero/2026, Congote Estrada Elkin Ovidio. CDP:000264, COM-000265. Informe de Actividades: 27/Febrero/2026 Comprobante de Entrada Almacén: 006852 Fecha: 09/Abril/2026. Comprobante de Salida Elementos Devolutivos Almacén: 037117 Fecha: 09/Abril/2026. Asignado a Luis Omar Arias Granados, División de cultura, recreación y deporte. 4. 1 Autoclave digital clase B. 12.5 Litros

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					Estudios Previos: Fecha: 17/Octubre/2025 Dora Clemencia Villada Castillo Directora de Proyecto FINU # 05-2025 Facultad De Ciencias Agrarias Y Del Ambiente. Orden de compra: F5-0073 Fecha: 07/Noviembre/2025. Equipos Agroambientales AMP S.A.S. CDP: F50897 COM: F50901 Remisión 0214-25 Fecha: 07/diciembre/2025. Informe de Actividades: 06/Febrero/2026 Comprobante de Entrada Almacén: 003846 Fecha: 10/Febrero/2026. Comprobante de Salida Elementos Devolutivos Almacén: 007236 Fecha: 10/febrero/2026. Asignado a Dora Clemencia Villada Castillo Decana Facultad de Ciencias Agrarias y Medio Ambiente. 5. Proyecto FINU Equipos. Estudios Previos: Fecha: 20/Octubre/2025 Martha Trinidad Arias Peñaranda

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					Directora Proyecto FINU 006-2025 Química Industrial. Orden de compra: F5-0068 Fecha: 31/Octubre/2025 Quimitrónica S.A.S. CDP-F50835, COM-F50837. Informe de Actividades: 13/Marzo/2026 Comprobante de Entrada Almacén: 003850 Fecha: 25/Marzo/2026. Comprobante de Salida Elementos De Consumo Adquiridos por el FRIE: 002257 Fecha: 25/Marzo/2026 Comprobante de Salida elementos Devolutivos Almacén: 007263 Fecha: 25/03/2026 Asignados a Martha Trinidad Arias Peñaranda Dpto. Química.

6.6 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

El proceso de Gestión del Talento Humano no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

6.7 GESTIÓN ESTUDIANTIL

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R7	Ocultar o difundir información de condición reservada	A. Asignación de funciones de acuerdo a la actividad que se desempeña B. Seguimiento Cámaras de seguridad C. Revisión del control de la información y su respectiva actualización	1. Revisión de etiquetas asignadas en el correo institucional. 2. Actualización del control de los envíos automáticos en el correo.	Mapa de Riesgos de Corrupción 2026 Vic. Asistente de Estudios Indicadores Mapa de Riesgos 2026 Revisión de las etiquetas y de los envíos automáticos en el correo de admisiones admisiones@ufps.edu.co (ANEXO 1) Revisión de las etiquetas en el correo de constanciasycertificacionesestudiantes@ufps.edu.co (ANEXO 2)	Se evidenció que el riesgo de corrupción formulado no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros). Se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
				Número de correos remitidos por personal autorizado para revisión y envío por parte del Auxiliar de Correo y Datarsoft (ANEXO 3) Actualización del Instructivo para la Organización de Etiquetas del Correo Electrónico (ANEXO 4)	Administrativo de la Función Pública. En cuanto a la descripción de los controles se recomienda plantearlos de manera que ataquen el riesgo, que en este caso sería la capacidad de ocultar o difundir información de condición reservada. Y luego plantear las acciones asociadas al control para que guarden coherencia entre sí y se especifique su periodicidad. En las evidencias enviadas se pudo observar un buen método de seguimiento y control de las solicitudes recibidas tanto el correo admisiones@ufps.edu.co y constanciasycertificacionesestudiantes@ufps.edu.co sin embargo no se logra evidenciar como estas contribuyen a la mitigación del riesgo. Se recomienda analizar la viabilidad de incluir el instructivo para la organización de etiquetas

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					correo electrónico en el SGOE-UFPS, como estrategia de conservación y preservación de la información. Se recuerda que, para el caso de incluir, modificar y/o actualizar alguna de las fases del Mapa de Riesgos del proceso se debe enviar a la Oficina de Planeación para su registro y consolidación en el mapa de riesgos institucional (Fase 5. Descripción de las acciones, se incluyó al R7: 3. Sensibilización en el manejo de la reserva de la información y de la ética del personal).
R8	Recibir dádivas para la agilización de los tramites	A. Capacitar al personal de la oficina para la oportuna atención del código de integridad de los servidores públicos de la Universidad Resolución 0176 del 08 de marzo 2023	1. Sensibilización en la transparencia de los procesos 2. Divulgación de la prohibición de recibir dádivas a auxiliares presenciales (cartelera)	Indicadores Mapa de Riesgos 2026 Estrategia de prevención de dádivas (ANEXO 5)	Se evidenció que el riesgo de corrupción formulado no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros). Se recomienda estructurar los

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. Se recomienda que en la descripción del control se incorporen acciones efectivas que reduzcan o mitiguen la causa del riesgo que se está analizado (ejemplo: evaluación periódica de la aplicación del decálogo de Atención en Calidad), y la capacitación planteada pasaría a ser una acción asociada al control. Se recuerda que, para el caso de incluir, modificar y/o actualizar alguna de las fases del Mapa de Riesgos del proceso se debe enviar a la Oficina de Planeación para su registro y consolidación en el mapa de riesgos institucional (Fase 5. Descripción de las acciones, se modificó en el R8: la actividad No. 2 Censura

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					y acompañamiento (piezas publicitarias)). No se reportó información de sensibilización y divulgación que se hayan realizado durante el primer cuatrimestre de 2026.

6.8 GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

El proceso de Gestión de Servicios Bibliotecarios no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

6.9 GESTIÓN DE COMUNICACIONES

El proceso de Gestión de Comunicaciones no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

6.10 GESTIÓN LEGAL

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R2	Indebida utilización de las herramientas de trabajo	Seguimiento por parte de la Jefe de la Oficina jurídica	Revisión periódica del estado de los elementos asignados al área de jurídica, y solicitud de mantenimiento preventivo y correctivo semestral.		Se evidenció que el riesgo de corrupción formulado no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros), además que de la forma en la que está planteado, se consideraría un riesgo de Gestión y no de Corrupción. Se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. No se reportó información sobre las acciones asociadas al control.

6.11 GESTIÓN DOCUMENTAL

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R2	Eliminación de documentos por parte de las dependencias que tienen a su cargo procesos contenciosos, legales, fiscales, registros financieros, contratos o documentos académicos con datos personales sensibles entre otros que deban conservarse por ley según el AGN y sin la revisión, estudio y aprobación del Comité Interno de Archivo de la UFPS, para beneficio propio o de un tercero.	a) Existencia del requerimiento por cada dependencia solicitante con relación al contenido del Acta de eliminación de documentos de apoyo que solicitan eliminar b) Verificación del cumplimiento de la normatividad en cuanto a la identificación de los documentos y los requisitos para la eliminación c) Registro en las actas del Comité de Archivo con relación a la solicitud, anexos y aval de las actas de eliminación debidamente elaboradas y firmadas. d) Socialización y sensibilizar al personal sobre la	a) Solicitud realizada por la dependencia a través del Datarsoft con el anexo que corresponde al acta de eliminación propuesta. b) Verificación en físico de los documentos a eliminar por parte del funcionario del Archivo Central de la UFPS c) presentación de las actas ante el Comité de Archivo para su tratamiento y decisión positiva o negativa en cuanto a la eliminación d) dejar registros de cada eliminación aprobada en el acta del Comité de Archivo y la notificación a la dependencia solicitante según respuesta e) publicación de las actas de eliminación en los tiempos establecidos según el AGN antes de proceder a la eliminación. f) Notifican a la dependencia la aprobación o rechazo del acta de eliminación.	Consulta y préstamo de documentos en archivo central – histórico. Certificados de cursos realizados con el Archivo General de la Nación por parte del personal del año 2025. Informe mapa de riesgos 1 cuatrimestre 2026. Planillas de control de mensajería con destino interno.	Se evidenció que el riesgo de corrupción está bien identificado, sin embargo, las evidencias aportadas no son suficientes para verificar las acciones asociadas al control del riesgo. Se recomienda ajustar la redacción de los controles con el objetivo de que se describa el flujo completo desde que la dependencia solicita la eliminación hasta que el Comité la autoriza formalmente y no controles por separado. En cuanto a las acciones asociadas al control, estas mantienen una coherencia de procedimiento, sin embargo, se recomienda considerar replantear alguna de estas para que tengan soporte o evidencia de su realización. Las evidencias aportadas no son suficientes para verificar las acciones asociadas al control del riesgo.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
		aplicación del código de integridad.			
R4	a) Posibilidad de pérdida, radicación inapropiada o manejo indebido de los documentos físicos y electrónicos recepcionados por la UGAD y los radicados a las dependencias; b) ausencia de cableado para la red de internet que facilite la digitalización de la documentación; c) dificultad en la supervisión y control en las solicitudes de consulta y préstamo de los documentos del Archivo Central; ya sea por desconocimiento o ausencia de	a) diagnóstico al personal de contrato de la UGAD y Archivo Central sobre conocimientos en cuanto a protocolos y la normatividad vigente según lo establecido en el AGN b) generación de un plan de mejoramiento según los resultados del diagnóstico de conocimientos c) desarrollo de listas de chequeo que permita evidenciar el paso a paso de los procesos que disminuya la posibilidad de errores, pérdidas o manejo inapropiado de los documentos d) gestión de los requerimientos en cuanto a red de cableado para	a) documento que evidencie las debilidades y fortalezas del personal de contrato de la UGAD y Archivo Central con relación a los conocimientos de la normatividad vigente b) plan de mejoramiento con relación al punto anterior; c) listas de chequeo de los procesos c) listas de asistencias a las mesas de trabajo del personal de la UGAD y Archivo Central d) herramientas tecnológicas y digitalización de los documentos en Archivo Central e) planillas con los datos de Radicación, digitación y redireccionamiento de comunicaciones recibidas en la UGAD. f) planillas de control con los datos de consultas y	Consulta y préstamo de documentos en archivo central – histórico. Certificados de cursos realizados con el Archivo General de la Nación por parte del personal del año 2025. Informe mapa de riesgos 1 cuatrimestre 2026. Planillas de control de mensajería con destino interno.	Se evidenció que el riesgo de corrupción no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros). Se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. Se recomienda seguir las indicaciones de la guía de identificación, análisis y valoración de riesgos por Procesos GI-DE-01 con el objetivo de implementar la metodología establecida por la UFPS. Esto permitirá fortalecer el componente preventivo de la UFPS, evitando la materialización de

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	herramientas tecnológicas.	internet para el Archivo Central e) sistematizar y digitalizar los documentos de Archivo Central posterior a la instalación de la red de cableado f) realización de mesas de trabajo con los líderes de los procesos y personal de contrato de la UGAD y Archivo Central relacionados con las implicaciones de ley en caso de omisión, pérdida o mal manejo de los documentos. Verificación que se recibió la solicitud de consulta y préstamo de documentos de la dependencia. Verificación del diligenciamiento del formato "préstamo y consulta de documentos".	préstamo de documentos del Archivo Central. g) verificar que los documentos prestados estén completos y registrar en el formato "préstamo y consulta de documentos " que estos fueron devueltos.		riesgos de gestión y corrupción, y promoviendo la mejora continua mediante el monitoreo constante y la actualización dinámica de los mapas de riesgos. Las evidencias aportadas no son suficientes para verificar las acciones asociadas al control del riesgo.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R5	Riesgo de consecuencias legales, económicas o de reputación al perder la custodia de la información, confidencialidad, acceso, dominio y autoridad de los datos que hacen parte de los documentos físicos y electrónicos que se reciben en la UGAD y los que se encuentran en el Archivo Central de la UFPS.	a) Mejorar la accesibilidad y funcionalidad del Sistema de Gestión Documental de la UFPS b) contar con sistemas de seguridad de la información a través de herramientas tecnológicas que garanticen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos c) Sensibilizar a la comunidad académica y en especial el personal de contrato de la UGAD y Archivo Central con relación al cumplimiento de la normatividad y regulaciones establecidas por la ley que favorezcan la seguridad de la información.	a) Capacitar a la comunidad académica y personal de contrato con relación a la importancia de la gestión documental en cuanto a su organización, funcionalidad y accesibilidad a los datos y seguridad de la información. b) establecimiento de protocolos y responsabilidades que favorezcan la custodia de la información en el marco de políticas institucionales transparentes en relación a la administración pública y la conservación del patrimonio documental de la UFPS.	Consulta y préstamo de documentos en archivo central – histórico. Certificados de cursos realizados con el Archivo General de la Nación por parte del personal del año 2025. Informe mapa de riesgos 1 cuatrimestre 2026. Planillas de control de mensajería con destino interno.	Se evidenció que el riesgo de corrupción no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros). Se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. Se recomienda que para el caso de la descripción del control se plantee según las actividades propias del proceso y no de otras dependencias para garantizar la efectividad del control. Se recomienda seguir las indicaciones de la guía de identificación, análisis y valoración de riesgos por Procesos GI-DE-01 con el objetivo de implementar la metodología establecida por la

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					UFPS. Esto permitirá fortalecer el componente preventivo de la entidad, evitando la materialización de riesgos de gestión y corrupción, y promoviendo la mejora continua mediante el monitoreo constante y la actualización dinámica de los mapas de riesgos, y mas cuando se realizó el cambio de atributo en la fase 3 de análisis y evaluación de los controles que paso de ser preventivo a correctivo y de implementación automática a manual generando un impacto en la afectación final y un aumento en el riesgo residual. Las evidencias aportadas no son suficientes para verificar las acciones asociadas al control del riesgo.

6.12 GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R2	Pérdida de la Información	Políticas de control de acceso para el personal interno y externo a la División de sistemas	Ejecución del plan de auditoría interna para revisión de acceso a la base de datos		Se evidenció que el riesgo de corrupción formulado no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros) por la tanto se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. También se recomienda complementar la acción asociada al control para incluir otras revisiones como servidores, redes, accesos físicos. Se mantuvo igual el análisis del riesgo inherente y residual.

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					No se reportó información sobre las acciones asociadas al control.

6.13 GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R7	Asignación indebida de beneficios o servicios de Bienestar Universitario a personas que no cumplen con los requisitos, a cambio de favores o intereses particulares.	Validación de requisitos mediante revisión de información y aplicación de criterios establecidos para la asignación de beneficios.	Fortalecer la verificación y validación de los requisitos establecidos para la asignación de beneficios, mediante la revisión de la información y el registro de los beneficiarios conforme a los criterios definidos.	Memorando enviado por DatArSoft No. 42 y No. 58 Informe: Evidencias – Seguimiento Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre 2026 Piezas gráficas informativas Perfil estudiantes postulados: Beca trabajo, Restaurante. Formulario de verificación de estudiantes servicio de Restaurante.	Se evidenció que el riesgo de corrupción está formulado de forma coherente, sin embargo, se recomienda modificarlo para dar cumplimiento al parámetro de la identificación de riesgos de corrupción como: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso) para obtener un (Beneficio). En cuanto a la descripción del control, está formulado de forma correcta. Se recomienda la revisión de las acciones asociadas al control para que sean más específicas teniendo en cuenta las actividades

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
				Procedimiento de Servicio de Restaurante PR-BU-01 y Procedimiento de Asignación Beca trabajo y Monitoria.	realizadas en el proceso, así se garantizaría un buen seguimiento y aporte de las evidencias. De acuerdo con las evidencias enviadas, se pudo verificar los lineamientos establecidos y claros del proceso como es el caso de los procedimientos de Servicio de Restaurante y Asignación de Becastrabajo y Monitoria. También se pudo evidenciar el trabajo en conjunto con el CECOM en cuanto a la promoción de los servicios de bienestar, y con División de Sistemas para la habilitación en la plataforma Divisist del proceso de postulación a los beneficios. Para el caso de las validaciones, el sistema realiza el primer filtro de acuerdo con los requisitos y luego pasan a un segunda verificación por parte de un Profesional de Trabajo Social adscrito a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario, quien

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					analiza cada caso y emite un concepto social sobre la viabilidad del acceso del estudiante al servicio de restaurante, ya que en caso de no quedar seleccionado, el estudiante puede solicitar una segunda verificación y se analiza la información adicional aportada para su estudio socioeconómico y posterior aprobación y/o negación.

6.14 GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS

El proceso de Gestión de Servicios Académicos no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

6.15 AUDITORIA Y CONTROL INTERNO

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
R6	Posibilidad de que se presente subjetividad en la valoración de los hallazgos o su omisión en el Informe de Auditoría, para beneficio particular o de terceros	1. Proporcionar capacitación y sensibilización sobre Ética del Auditor, cada vez que se vincule un auditor. 2. Valorar el Informe preliminar de cada Auditoría, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Auditorías Internas PR-CI-01.	1. Realizar capacitación y sensibilización sobre la aplicación del Código de Ética del Auditor, cada vez que se vincule un auditor. 2. Socializar el Informe preliminar de cada Auditoría por parte del auditor, al equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y/o invitados de apoyo, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento PR-CI-01 Auditorías Internas. 3. Socializar el Informe preliminar de cada auditoría por parte del equipo auditor, ante la dependencia auditada.	1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01 2. Acta de reunión (FO-DE-01) de fecha 13 de abril de 2026, Asunto: Revisión informe preliminar de Auditoría de Gestión Documental. 3. Acta de Reunión (FO-DE-01) Asunto: Reunión de cierre de auditoría de Gestión del proceso de Gestión Documental de fecha 04 de mayo de 2026. Formato de Acta de apertura y cierre de Auditoría FO-CI-07 Informe cuatrimestral de seguimiento a riesgos de corrupción Oficina de Control Interno.	Se evidenció que el riesgo de corrupción cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción los controles son claros y las acciones asociadas al control están relacionadas con el riesgo y fueron verificadas. Sin embargo, se recomienda clasificar la capacitación como una acción asociada al control y no como un control, debiendo implementar un mecanismo de control ejecutable y verificable para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.
R7	Posibilidad de Toma de atribuciones que no son de la competencia de la Oficina de Control	1. Proporcionar capacitación y sensibilización sobre Ética del Auditor, integridad y los roles de la Oficina de Control Interno, cada vez que se vincule un	1. Realizar capacitación y sensibilización sobre la aplicación del Código de Ética del Auditor, Código de integridad institucional, y roles de la Oficina de Control Interno, cada vez	1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01 2. Acta No. 2 Comité de Control Interno Formato Plan Anual de Acción y Auditorías FO-CI-01	Se evidenció que el riesgo de corrupción cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción los controles son claros y efectivos. En cuanto a las acciones asociadas al control

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	Interno, para favorecer a un tercero	nuevo funcionario. 2. Establecer el Plan Anual de Acción y Auditorías de la Oficina de Control Interno, con el jefe y el equipo de trabajo de la Oficina. 3. Verificar por parte del jefe que el Plan Anual de Acción y Auditorías de la Oficina de Control Interno, se ejecute de acuerdo con lo establecido. 4. Valorar el Informe preliminar de cada Auditoría, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Auditorías Internas PR-CI-01.	que se vincule un nuevo funcionario. 2. Elaborar el Plan Anual de Acción y Auditorías de la Oficina de Control Interno, para presentarlo al Comité de Coordinación de Control Interno para su aprobación. 3. Realizar seguimiento al avance en la ejecución del Plan Anual de Acción y Auditorías de la Oficina de Control Interno. 4. Socializar el Informe preliminar de cada Auditoría por parte del auditor, al jefe y al equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y/o invitados de apoyo, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento PR-CI-01 Auditorías Internas.	3. Formato Plan Anual de Acción y Auditorías FO-CI-01 (cuadro de seguimiento) FO-DE-13 Informe de Gestión UFPS 2025 DO-CI-04 Ficha Técnica-Indicador de Gestión de Proceso 4. Acta de Reunión (FO-DE-01) Asunto: Reunión de cierre de auditoría de Gestión del proceso de Gestión Documental de fecha 04 de mayo de 2026. Formato de Acta de apertura y cierre de Auditoría FO-CI-07 Informe cuatrimestral de seguimiento a riesgos de corrupción Oficina de Control Interno.	están relacionadas con el riesgo y fueron verificadas. Sin embargo, se recomienda clasificar la capacitación como una acción asociada al control y no como un control, debiendo implementar un mecanismo de control ejecutable y verificable para asegurar la mitigación efectiva del riesgo. También se evidenciaron cambios en cuanto al análisis y evaluación de los controles donde se pasó de una implementación de tipo automática a una manual, lo que conllevó a que la probabilidad residual final pasara de muy baja a baja.
R9	Posibilidad de Suplantación de identidad	1. Proporcionar capacitación y sensibilización sobre Ética del Auditor, e integridad, cada vez que se vincule un nuevo funcionario. 2. Verificación de la documentación e	1. Realizar capacitación y sensibilización sobre la aplicación del Código de Ética del Auditor, y el Código de integridad institucional, cada vez que se vincule un nuevo funcionario.	1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01 2. Memorando 53, 84 y 88, son algunos ejemplos de comunicaciones enviadas a los diferentes procesos y/o dependencias	Se evidenció que el riesgo de corrupción formulado no cumple con los parámetros estructurales exigidos para la identificación de riesgos de corrupción: Posibilidad de que (Sujeto/Cargo), mediante (Acción u Omisión / Verbo), utilice su (Poder/Recurso)

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
		información generada al interior del proceso antes de su divulgación y trámite correspondiente. 3. Restricciones en el acceso y descarga de aplicaciones a los equipos de cómputo. 4. Control y cambio periódico de claves de acceso a los sistemas de información.	2. Uso del Sistema DatArSoft y correo electrónico de la Oficina, para la remisión de información a otras dependencias, una vez aprobada por el jefe de la Oficina de Control Interno. 3. Uso de contraseñas para el acceso a los computadores y a los sistemas de información.	3. Correo electrónico, DatArSoft	para obtener un (Beneficio Privado para sí o terceros) por la tanto se recomienda estructurar los riesgos de acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública. También, se recomienda clasificar la capacitación como una acción asociada al control y no como un control, debiendo implementar un mecanismo de control ejecutable y verificable para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

6.16 GESTIÓN DE CALIDAD

El proceso de Gestión de Calidad no cuenta con riesgos de corrupción identificados. Se recomienda la realización de un análisis interno que permita identificar riesgos de corrupción en el proceso, como estrategia de mejora continua y de aseguramiento de la transparencia. Este análisis permitirá robustecer el mapa de procesos con controles que mitiguen las desviaciones y aseguren la protección de los recursos institucionales.

7. CONCLUSIONES

- De acuerdo con el último seguimiento cuatrimestral de seguimiento a riesgos de corrupción del año 2025 se pudo evidenciar que para la presenta vigencia se realizó la fusión y/o reformulación de seis (6) riesgos de los procesos de Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Estudiantil y Gestión de Bienestar Universitario.
- El proceso de Docencia dio inicio al proceso de identificación de posibles Riesgos de Corrupción del proceso con el objetivo de mitigar posibles conductas constitutivas de corrupción y fortalecer los controles institucionales en la gestión académica.
- De los 16 procesos institucionales, siete (7) representado en un 44% no reportaron riesgos de corrupción para el primer cuatrimestre de 2026, se insta a solicitar asesoría con la Oficina de Planeación y realizar la identificación preventiva de posibles riesgos de corrupción en el proceso para los siguientes períodos y reportar los avances, en especial los procesos de Extensión, Gestión del Talento Humano, Gestión de Servicios Bibliotecarios, Gestión de Comunicaciones, Gestión de Servicios Académicos y Gestión de Calidad.
- El proceso de Gestión Legal, Gestión De Tecnologías y Sistemas De Información, no presentaron evidencias de cumplimiento de las acciones asociadas al control incumpliendo con lo establecido en lo establecido en el Acuerdo No. 062 de 2023.
- Se evidencia la ausencia de soportes documentales por algunos líderes de procesos que dificultan el seguimiento, limitan la capacidad de monitoreo de la Oficina de Control Interno y restan eficacia al proceso de aseguramiento y mejora continua de los Mapas de Riesgos de Corrupción institucionales, lo que podría conllevar a aumentar la probabilidad de materialización de los riesgos identificados.
- Se cuenta con el mapa de riesgos por procesos y el consolidado publicado en la página web institucional (<https://ww2.ufps.edu.co/universidad/sistema-integrado-de-gestion-de-calidad/1280>) los cuales se encuentran actualizados.

- Es importante anotar, que, es necesario que, en la descripción del riesgo de corrupción, concurren los siguientes componentes de su definición así, de acuerdo con los parámetros definidos por Función Pública: Acción u omisión: ¿Qué se hace o deja de hacer? Uso del poder: ¿Qué tipo de poder se está utilizando indebidamente? Desviación de la gestión de lo público: ¿Qué aspecto de la gestión pública se está tergiversando? Beneficio privado: ¿Qué se obtiene o se busca obtener de manera indebida?

8. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados del seguimiento realizado:

- Se insta a todos los líderes y equipos de trabajo a apropiar y aplicar los lineamientos técnicos definidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles emitida por el DAFP, en estricta articulación con las directrices del Acuerdo 062 de 2023 de la UFPS, con el objetivo de evitar frases genéricas o prohibiciones legales en la descripción de los riesgos y a diseñar controles preventivos verificables que permitan ser monitoreados de manera constante y evaluados eficazmente en los seguimientos periódicos por parte de la Oficina de Control Interno.
- Reportar oportunamente por parte de los líderes de proceso, los requerimientos de la Oficina de Control Interno, en cuanto a la presentación de la información de los riesgos de corrupción, y que la misma sea completa, clara, coherente y específica, y que corresponda al periodo que se está evaluando, con el fin de realizar un seguimiento oportuno y eficaz de los riesgos, y contribuir a evitar o minimizar la materialización de los mismos.
- Se recomienda a la Oficina de Planeación, en su rol como segunda línea de defensa, revisar y reforzar el uso de la metodología establecida en la Guía de identificación, análisis y valoración de riesgos por Procesos GI-DE-01, además de dar cumplimiento con las actividades planteadas en el Acuerdo 062 de 2023 en cuanto a acompañamiento, capacitación y verificación a los mapas de riesgos Art. 8.



MARIA ESMERALDA CONTRERAS CACERES

Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Diana Puentes
Profesional Universitario