Universidad Francisco de Paula Santander
Vigilada Mineducación

Oficina de Control Interno

INFORME CUATRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Segundo 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. METODOLOGÍA 5
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO 5
6. ANÁLISIS POR PROCESO 6
6.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 7
6.2 DOCENCIA 8
6.3 INVESTIGACIÓN 9
6.4 EXTENSIÓN 10
6.5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 11
6.6 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 14
6.7 GESTIÓN ESTUDIANTIL 15
6.8 GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS 18
6.9 GESTIÓN DE COMUNICACIONES 18
6.10 GESTIÓN LEGAL 19
6.11 GESTIÓN DOCUMENTAL 21
6.12 GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN 25
6.13 GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO 28
6.14 GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS 30
6.15 AUDITORIA Y CONTROL INTERNO 30
6.16 GESTIÓN DE CALIDAD 32
7. CONCLUSIONES 34
8. RECOMENDACIONES 35

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS) durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026 (período mayo – agosto).

Este ejercicio se desarrolla en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes sobre transparencia, integridad pública y prevención de la corrupción, como parte de la evaluación independiente que corresponde a la tercera línea de defensa.

El seguimiento tiene como propósito verificar las evidencias aportadas por los responsables de los procesos, evaluar la efectividad de los controles establecidos y las acciones asociadas a los controles, identificando posibles mejoras que ayuden a su capacidad para prevenir, detectar o mitigar los riesgos de corrupción.

De este modo, el informe se constituye como una herramienta de toma de decisiones, orientada al fortalecimiento institucional.

2. OBJETIVO

Realizar el seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción de cada proceso, correspondiente al segundo cuatrimestre (mayo-agosto) 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 de agosto de 2026, sin embargo, se otorgó hasta el 31 de diciembre de 2026 para culminar el ciclo del PTEP, y publicar su versión definitiva: Circular CIR26-00000006 / AGEO 13130000 del 9 de septiembre de 2026 a los departamentos donde se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por grave calamidad luego del sismo ocurrido el 10 de 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. METODOLOGÍA

Se analizaron las evidencias aportadas por los responsables de cada proceso, teniendo en cuenta los riesgos de corrupción identificados en el Mapa de Riesgos Institucional, los controles establecidos y las acciones asociadas a estos.

La revisión comprendió la verificación de las evidencias aportadas y el cumplimiento de las actividades previstas, la identificación de cambios frente al seguimiento anterior y el análisis de las limitaciones que pudieran afectar la evaluación de la ejecución y efectividad de los controles.

Los resultados se presentan por proceso e incluyen las observaciones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno, en el marco de su función de evaluación independiente como tercera línea de defensa.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Para el presente seguimiento, se identificó un total de quince (15) riesgos de corrupción, los cuales se distribuyen 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	3%
Misionales	1	7%	1	3%
De Apoyo	9	60%	23[1]	64%
De Evaluación	4	26%	11	30%
TOTAL	**15**	**100%**	**36**	**100%**

Del cuadro anterior se concluye que los Mapas de Riesgos de corrupción por procesos están conformados por 15 riesgos en total, de los cuales 60% de éstos (9 riesgos) se encuentran relacionados con los procesos de apoyo.

[1] En el informe del primer cuatrimestre de 2026 se consignó erróneamente 24 controles para los procesos de apoyo; el número correcto es 23. El total de controles asciende a 36 en el presente informe.

En comparación con el primer cuatrimestre, se incluyó un nuevo riesgo de corrupción correspondiente al proceso de Gestión de Calidad, el cual se encuentra actualizado en el Mapa de Riesgos Institucional.

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 segundo 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)	OBSERVACIÓNES 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 con Radicado 57 y Archivo de Excel de Monitoreo y Revisión de los Riesgos del Proceso, el cual incluye el siguiente enlace: https://drive.google.com/drive/folders/1TU5m5FF6nj-KbgxY8oq8VWdkN3zo17m1 El enlace anterior, direcciona a los siguientes documentos del proceso de Gestión de Comunicaciones dentro del Sistema de Gestión de Organizaciones Educativas SGOE-UFPS: - Matriz de Comunicaciones con fecha de actualización: 20/10/2024 - Plan de Comunicaciones con fecha de 20/10/2024 - Esquema Desagregación - Esquema Caracterización - Ficha Indicadores	La revisión documental evidencia que persisten situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la identificación del riesgo, la formulación del control y la ejecución de las acciones asociadas al control. Por ejemplo: El riesgo formulado corresponde a la gestión propia del área de comunicaciones y no cumple completamente con la estructura de un riesgo de corrupción. El control planteado no describe de manera suficiente y clara como opera para prevenir o mitigar la causa del riesgo identificado, ya que la existencia de canales de comunicación no demuestra por sí sola que estos sean controles efectivos frente al riesgo de corrupción. No se reportan avances en las actividades, dado que se

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIÓNES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					aportaron las mismas evidencias que en el primer informe del presente año. La Matriz de Comunicaciones y el Plan de Comunicaciones no registran actualizaciones, revisiones o ajustes desde el año 2024 omitiendo la periodicidad de formulación anual prevista en el esquema de desagregación del proceso. No se aportó evidencias sobre el diseño del Manual de Imagen Corporativa. No se reportó en las evidencias la materialización del riesgo durante el cuatrimestre evaluado.

6.2 DOCENCIA

Durante el desarrollo del seguimiento se verificó que el proceso de Docencia no cuenta con riesgos de corrupción formalizados e incorporados dentro del mapa de riesgos institucional para el periodo evaluado. Sin embargo, se destaca que el proceso de Docencia se encuentra en la “Fase 1. Identificación del Riesgo” del Mapa de Riesgos Institucional, etapa en donde se debe determinar entre otros aspectos, la descripción del riesgo, las causas del riesgo y el impacto del riesgo.

En el marco de la trazabilidad y el acompañamiento preventivo que realiza la Oficina de Control Interno, se considera oportuno que el líder del proceso junto con su equipo de trabajo establezca un plazo concertado para culminar esta etapa. Definir este cronograma facilitará el avance fluido hacia las siguientes fases de evaluación, permitiendo formalizar de manera oportuna los riesgos de corrupción pertinentes al proceso y fortaleciendo de forma conjunta la cultura de administración del riesgo en la institución.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso no registra controles ni acciones asociadas objeto de evaluación durante este seguimiento.

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)	OBSERVACIÓNES 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.	Formato en Excel de Reporte Cuatrimestral de la Matriz de Riesgos – Investigación el cual contiene el siguiente enlace: https://drive.google.com/drive/folders/1PRBQj_IRx_Y6zW874xDz9SCbEMKVAxSr?usp=drive_link donde direcciona a una carpeta con dos archivos Formato Acta de Préstamo equipos VAIE y Actas de Préstamo de Equipos VAIE 2026 diligenciadas.	Persistencia de situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la identificación o descripción del riesgo. En cuanto a la descripción del control y a la acción asociada al control se aportó el Formato Acta de Préstamo equipos VAIE el cual acredita el registro y fecha de devolución de los equipos, pero por sí solo este formato no permite verificar la existencia y aplicación de lineamientos sobre custodia, responsables, plazos de devolución, atención de daños

No.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	ACCIONES Y EVIDENCIAS REPORTADAS (Suministradas por el líder del proceso)	OBSERVACIÓNES OFICINA DE CONTROL INTERNO
					o pérdidas y seguimiento de los bienes entregados. Por lo anterior, se recomienda formalizar el procedimiento de préstamo y establecer controles verificables que permitan realizar seguimiento a los equipos, comprobar su devolución y detectar oportunamente posibles irregularidades relacionadas con su uso o custodia. No se reportó en las evidencias la materialización del riesgo durante el cuatrimestre evaluado.

6.4 EXTENSIÓN

El proceso de Extensión no presenta avances verificables frente a la recomendación formulada en el primer cuatrimestre relacionada con el análisis de sus actividades para identificar posibles riesgos de corrupción.

La evidencia aportada corresponde a riesgos de gestión y, por tanto, no acredita avances en la identificación y formulación de riesgos de corrupción. En consecuencia, no fue posible evaluar controles ni acciones asociadas a riesgos de esta naturaleza durante el periodo.

Se recomienda realizar el análisis del proceso, documentar sus resultados y adelantar las gestiones necesarias para formalizar los riesgos de corrupción que se identifiquen.

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 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.	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 respectivo trámite legal mediante el sistema de información financiera (SIF). 3. Comunicado Datarsoft sobre la responsabilidad del inventario de elementos destinados a la custodia del personal y su verificación física en las dependencias según cronograma de actividades por bloque semestral.	Se reportó y revisó los siguientes documentos: - Archivo de Excel Actualizado Mapa de Riesgos Vic Adm_26_03_2026. - Anexo 1. Órdenes de compra o remisiones con la respectiva firma de recibido por el Almacén UFPS (mayo-junio-julio-agosto) **Orden de compra F5-0044** Fecha: 02/10/2025 Proveedor: Filtración y análisis S.A.S. Solicitado para: Laboratorio GIMAPOL Edwin Alberto Murillo. **Orden de compra 26-0020**, Fecha: 27/01/2026 Proveedor: Javier Orlando Gómez Aguilar, Solicitado para: Laboratorio de Entomología y Fitopatología del Programa de Ingeniería Agronómica, docente: Camilo Ernesto Guerrero Alvarado Dpto. Ciencias Agrícolas. **Orden de compra 260017** Fecha: 26/01/2026, Proveedor:	Durante la revisión de la información suministrada por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera se identificó una diferencia entre el archivo denominado Actualizado Mapa de Riesgos Vic Adm_26_03_2026 que contiene 8 riesgos, y el Mapa de Riesgos Institucional en el que se reportan 18. Se recomienda revisar si el archivo corresponde a una versión parcial o desactualizada y hacer la corrección para presentar en el próximo seguimiento. En relación con el control de inspección de los elementos recibidos, se verificó correspondencia entre las órdenes de compra y los comprobantes de entrada revisados; sin embargo, no se aportó evidencia documental del proceso de inspección física. Respecto de la gestión de entradas y salidas, se

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
				Grupo Empresarial Invert Coal S.A.S. Solicitado para Servicios Generales. **Orden de compra F6-0007** Fecha: 30/01/2026, Proveedor: Metalmecánica Pinzón Martínez LTDA. Solicitado para Laboratorio de Biomateriales y bioprocesos del Grupo de Investigación GIDIMA al docente Gonzalo De La Cruz Romero García Dpto. Diseño mecánico, materiales y procesos. **Orden de compra 260056** (SECOP II) y Remisión Fecha: 22 de Julio de 2026, Proveedor: Mas Sistemas. Solicitado para Almacén. **Orden de compra 260045** Fecha: 24 de Junio de 2026, Proveedor: Distribuidora El Gran Márquez S.A.S. Solicitado para Finca San Pablo Unidades productivas pecuarias. Anexo 2. Comprobantes de entrada Adquisición FRIE - Adquisición UFPS **Comprobante de entrada a almacén N° 003854** del 22/05/2026.	evidencia el ingreso de 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 (se obtuvieron por medio de la plataforma SECOP II). Finalmente, en cuanto al Comunicado Datarsoft, se adjuntó la Circular Interna N°4 enviada el 18 de agosto de 2026, sin embargo, se presentó una apreciación a tener en cuenta para su corrección: el enlace https://ww2.ufps.edu.co/public/archivos/contenido/2b53dbbd27fda495c0098001e6e45675.pdf no direcciona a los procedimientos del proceso sino a un documento obsoleto de Salida de bienes del almacén con Código PR-GF-05 del 16/03/2018.

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 entrada a almacén N° 006862 del 25/05/2026. **Comprobante de entrada a almacén N° 006864** del 10/06/2026. **Comprobante de entrada a almacén N° 003856** del 23/07/2026. **Comprobante de entrada a almacén N° 006870** del 29/07/2026. **Comprobante de entrada a almacén N° 006871** del 13/08/2026. - Anexo 3. Comprobantes de salida Adquisición FRIE - Adquisición UFPS **Comprobante de salida N°002261** Entregado a Laboratorio GIMAPOL Edwin Alberto Murillo. **Comprobante de salida N° 007279** Entregado a Camilo Ernesto Guerrero Alvarado Dpto. Ciencias Agrícolas. **Comprobante de salida N° 037276** Entregado a División	Para la descripción del control sobre la Revisión periódica de inventario y seguimiento de bienes devolutivos se evidenció un cronograma de actividades planteadas para el primer y segundo semestre del año 2026 (Anexo 5) donde se pudo evidenciar que luego de la verificación física, se actualiza el inventario y se deja como soporte el Acta de Entrega de Inventario (Anexo 6), por ejemplo: Acta de entrega de inventario N° 000051 del Programa de Comercio Internacional. Acta N°000053 del Laboratorio de Biología. No se reportó en las evidencias la materialización del riesgo durante el cuatrimestre evaluado.

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
				de Servicios Generales Miguel Alfredo Acosta Suárez. **Comprobante de salida:** No se aportó. **Comprobante de salida N° 007285** Entregado a Almacén, Luz Marina Carvajal Cruz. **Comprobante de salida N° 037315** Entregado a Edgar Alfonso Rodríguez Araujo, Finca San Pablo. - Anexo 4. Circular 18/08/2026 - Anexo 5. Cronograma de actividades segundo semestre 2026 Unidad de Inventarios. - Anexo 6. Actas de entrega de inventario.	

6.6 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Se constató que el proceso de Gestión del Talento Humano no presenta avances frente a la recomendación realizada en el primer cuatrimestre, en la que se indicó la necesidad de revisar las actividades del proceso para identificar posibles riesgos de corrupción. Al

no contar con riesgos formalizados, no existen controles ni acciones asociadas sujetas a valoración de efectividad en el periodo reportado.

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 Proyección Mapa de Riesgos 2027 (Borrador) Anexo 1. Fortalecimiento y estandarización de las plantillas de correo Anexo2. Formato de verificación previa al envío de información reservada.	La revisión evidencia que el líder del proceso y el equipo de trabajo están trabajando en la mejora de los riesgos de corrupción en cuanto a las diferentes fases de identificación, análisis y acciones asociadas al control que estén de acuerdo con la gestión diaria del proceso y sean verificables. Para la actividad asociada al control 1, se verificó la evidencia de nombre anexo 1, el cual presenta algunas mejoras implementadas por el proceso en cuanto a la organización de comunicaciones recibidas y enviadas (Correo Electrónico) con dos nuevas etiquetas y la actualización de plantillas de respuesta como convocatoria

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
					a Comité de Admisiones y Constancias de Egresados. El anexo 2, como su contenido la indica es un cuadro de seguimiento a las comunicaciones enviadas por Datarsfot desde la Vicerrectoría, aunque es un buen control de seguimiento a la gestión del personal no tiene un carácter de control de reserva de la información. No se evidenciaron documentos asociados a la actividad 2: Actualización del control de los envíos automáticos en el correo.
R8	Recibir dadivas para la agilización de los trámites	**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)	Anexo 3. Actividad del decálogo con las auxiliares de Atención al Ciudadano. Anexo 4. Guión del audio informativo.	La revisión evidencia que el líder del proceso y el equipo de trabajo están trabajando en la mejora de los riesgos de corrupción en cuanto a las diferentes fases de identificación, análisis y acciones asociadas al control que estén de acuerdo con la gestión diaria del proceso y sean verificables. En cuanto a las acciones asociadas al

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
					control 1 sobre Sensibilización en la transparencia de los procesos, se aportó (evidencia 3) un informe de actividad de apropiación de conocimientos por medio de un cuestionario realizado a las 3 auxiliares de Atención al Ciudadano, sin embargo, no contempla el nombre o el cargo de la persona que diligenció el formato, la fecha de aplicación, ni tampoco se aportan actas de asistencia a la capacitación, el informe presenta inconsistencias en cuanto a los resultados de la aplicación del instrumento que se deben revisar (un formulario sin calificación y discrepancias en las respuestas de las preguntas 2 y 12). También se debe tener en cuenta que se planteó como control el capacitar al personal y no solo a las auxiliares de Atención al Ciudadano. En cuanto al anexo 4. Guion del audio informativo, se considera una buena estrategia de comunicación e

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 para los usuarios, sin embargo, las actividades y controles deben estar direccionadas hacia el personal de la UFPS.

6.8 GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

Se constató que el proceso de Gestión de Servicios Bibliotecarios no presenta avances frente a la recomendación realizada en el primer cuatrimestre, en la que se indicó la necesidad de revisar las actividades del proceso para identificar posibles riesgos de corrupción. Al no contar con riesgos formalizados, no existen controles ni acciones asociadas sujetas a valoración de efectividad en el periodo reportado.

6.9 GESTIÓN DE COMUNICACIONES

Se constató que el proceso de Gestión de Comunicaciones no presenta avances frente a la recomendación realizada en el primer cuatrimestre, en la que se indicó la necesidad de revisar las actividades del proceso para identificar posibles riesgos de corrupción. Al no contar con riesgos formalizados, no existen controles ni acciones asociadas sujetas a valoración de efectividad en el periodo reportado.

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.	Enlace https://drive.google.com/drive/folders/1k-y5Q9SqJHCEbI8to-_qebE2kQQbF8dw?usp=drive_link el cual direcciona a las carpetas: 1. Tutelas 2. Solicitud de mantenimiento 3 y 6. Informe de actividades 4. Contestación de demanda. 5. Base de datos. Ficha Técnica – Indicadores de gestión del proceso. Formato de mapa de riesgos abril-junio 2026	Persistencia de situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la identificación o descripción del riesgo. El formato de Mapa de Riesgos enviado por el proceso de Gestión Legal presenta una inconsistencia con el Mapa de Riesgos Institucional publicado en el SGOE-UFPS, ya que en el periodo de ejecución (fecha de inicio y de terminación) se indica que es de Enero-Marzo, pero en el institucional es de Enero-Diciembre. Se les recuerda que si se desea realizar algún cambio al Mapa de Riesgos se debe informar a la Oficina de Planeación, para su actualización. La evidencia 2 corresponde a un informe técnico de revisión de equipo (Dictamen: deterioro y desgaste por uso) con fecha 16/03/2026 y una solicitud de soporte de Revisión General de fecha

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
					11/03/2026. Lo cual no corresponde con el periodo evaluado, sin embargo, la descripción de la actividad asociada al control indica que la solicitud de mantenimiento preventivo y correctivo se hará de manera semestral, correspondiendo con el primer semestre. La evidencia 3 y 6 presenta informe de actividades del personal donde se evidencia su gestión, el cual es revisado y aprobado por el supervisor del contrato, en este caso, la líder del proceso. Con la evidencia 5 se pudo apreciar la gestión del equipo de trabajo del proceso y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores anuales proyectados. En cuanto a la evidencia 1 y 4 no fue posible su visualización. No se reportó en las evidencias la materialización del riesgo durante el cuatrimestre evaluado.

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.	Radicado 616 y anexo (evidencias solicitadas en el mapa de riesgos de corrupción fase 5 – acciones asociadas al control Vigencia -2026). a) Memorando 324 de la División de Sistemas (solicitud de eliminación) Acta No. 001 Relación de documentos a eliminar de la División de Sistemas. b) Verificación en físico: No se aportó. c) Convocatoria a la primera sesión del Comité de la vigencia 2026 con fecha de reunión 22/06/2026. Memorando 448. Reprogramación de fecha del Comité para el día 25/06/2026. Aprobación de eliminación del acta No. 001. Mediante acta 01 del Comité Interno de Archivo del 25/06/2026 d) Acta 01 del Comité Interno de Archivo del 25/06/2026 se	Se logró realizar la verificación de algunas de las actividades propuestas como: solicitudes por parte de los procesos, presentación de las solicitudes y gestión ante el Comité de Archivo y envío a publicación las actas de eliminación en la página web. Sin embargo, persisten situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la descripción de los controles, además que no se aportaron evidencias de la verificación física de los documentos a eliminar. No se evidenció la notificación a la dependencia solicitante de la respuesta de aprobación del Comité. No se evidenció el desarrollo del control de Socialización y sensibilización al personal sobre la aplicación del código de integridad. Durante el periodo no se reportó ni se identificó la materialización 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.		comunica de forma verbal a las dependencias, en este caso la División de Sistemas hace parte del Comité y durante la reunión conoció la respuesta. e) Publicación de las actas de eliminación en la página web de la UFPS en la sección Novedades mediante el enlace https://ww2.ufps.edu.co/udestacado/listado_destacados/ f) Notificación verbal o telefónica, se propone como mejora dejar trazabilidad por medio del Datarsfot.	durante el cuatrimestre evaluado. Se recomienda para próximos seguimientos, dejar trazabilidad de las actividades y enviar las evidencias según el periodo solicitado.
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;	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	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	Radicado 616 y anexo (evidencias solicitadas en el mapa de riesgos de corrupción fase 5 – acciones asociadas al control Vigencia -2026). a) No se aportó b) Plan de Mejoramiento 2026-03 producto de la Auditoría de Gestión al proceso de Gestión Documental.	Persistencia de situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la identificación o descripción del riesgo, descripción de controles y descripción de acciones asociadas al control. En cuanto al Riesgo del literal “a” sus controles y acciones asociadas al control, no se evidenció el desarrollo de las actividades de diagnóstico de conocimientos para 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
	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 herramientas tecnológicas.	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 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 lideres de los procesos y personal de contrato de la UGAD y Archivo Central relacionados	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 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.	c) Lista de chequeo – Proceso de Radicación de Comunicaciones. Préstamo y consulta de documentos. Devolución de documentos al Archivo. c) Lista de asistencia a las mesas de trabajo: Listado de asistencia Revisión Gestión Documental 03/03/2026, fecha que no corresponde al periodo evaluado (mayo–agosto 2026). d) Solicitud del personal de archivo a Secretaría General sobre necesidades del proceso. e) No se aportó evidencia de esta actividad. f) Préstamo y consulta de documentos. g) Devolución de documentos al Archivo.	identificación de debilidades y fortalezas del personal. El plan de mejoramiento aportado es producto de una auditoría en general al proceso y no sobre los resultados del diagnóstico. Se presentó la lista de chequeo del proceso de radiación de comunicaciones, pero no el registro de su implementación, como si se hizo con el de Préstamo y consulta de documentos y devolución de documentos al archivo. En cuanto a la lista de asistencia presentada no corresponde con el periodo evaluado. En cuanto a la actividad: herramientas tecnológicas y digitalización de los documentos en Archivo Central, se presentó un oficio dirigido a Secretaría General de fecha 11/08/2026 con las necesidades del proceso, se espera contar para los próximos seguimientos con avances en este proceso.

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 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".			
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 recepcionan en la UGAD y los que se encuentran en	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	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	Radicado 616 y anexo (evidencias solicitadas en el mapa de riesgos de corrupción fase 5 – acciones asociadas al control Vigencia -2026).	Persistencia de situaciones advertidas en seguimientos anteriores relacionadas con la identificación o descripción del riesgo, descripción de controles y descripción de acciones asociadas al control. No se presentaron evidencias de cumplimento de las acciones asociadas al control, sin embargo, se reportó que el proceso se encuentra en revisión y actualización de la documentación, por lo que se recomienda que se deje trazabilidad de este proceso

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
	el Archivo Central de la UFPS.	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.	la conservación del patrimonio documental de la UFPS.		para los próximos seguimientos. No se reportó la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.

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
R1	Pérdida, corrupción o recuperación no exitosa de información institucional.	Se implementan procedimientos para la protección y recuperación de la información institucional mediante la ejecución de copias de seguridad programadas de acuerdo con la	Verificar periódicamente la ejecución de las copias de seguridad, realizar pruebas de restauración y actualizar los procedimientos de respaldo y recuperación de la información institucional.	Radicado 489 con los enlaces a las evidencias: 1. Monitoreo y revisión de riesgos de corrupción – Segundo cuatrimestre 2026 (Mayo-Agosto). https://drive.google.com/file/d/1x3t8HZCUXVmQsCs5UN9aakL_2a2eB3Lx/view?usp=drive_link	Se evidenciaron cambios importantes en el Mapa de Riesgos Institucional en cuanto a: -Descripción del Riesgo: Es más específica, de igual forma se recomienda tener en cuenta la estructura -Descripción del control. -Causa 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
		criticidad de las plataformas, el uso de herramientas de respaldo, el almacenamiento seguro de la información, la realización de pruebas periódicas de restauración, el control de acceso a la información, la asignación de roles y permisos de acuerdo con las funciones y la capacitación del personal responsable, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional.		2. Mapa de riesgos División de Sistemas FO-DE-05: https://drive.google.com/file/d/1_p_C_Tm92G3AR6nqiGg_hivKVLvN4pYZ/view?usp=drive_link 3. Evidencia 1; LISTADO DE SOFTWARE DIVISISTE: https://drive.google.com/file/d/1mtxxuqUeJStni0cVGmj8B576MGHTplRH/view?usp=drive_link 4. Evidencia 2; DOCUMENTOS PLAN DE IMPLEMENTACION DE CAMBIOS: https://drive.google.com/file/d/1Hmb4FcIk31cRWM5oA5Br0FKTFgg5Cpvm/view?usp=drive_link 5. Evidencia 3; AUDITORIA BITBUKET 2026-2: https://drive.google.com/file/d/1fbJlLxGxuvFgYV87OFPE4BmwsXO9xpWz/view?usp=drive_link 6. Evidencia 4; bitácora de ingreso cuarto de servidores en físico. (No se adjuntó) Enlace a todas las evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1A4gl5afoUQp0WZzaE	-Impacto inherente: paso de menor a mayor. -Zona de riesgo inherente: pasó de moderado a Alto. -Descripción del control. -En cuanto a atributos, pasó de automático a manual, con una calificación de 50% a 40%. - En la Fase 4. Análisis del riesgo residual pasó de una probabilidad residual final Baja del 30% al 36%. El impacto residual final aumento de 40% a 80% para una calificación Mayor. Y la Zona de riesgo final pasó de Moderado a Alto, para un tratamiento del riesgo de Tipo Reducir el Riesgo. -Descripción de las acciones. - Periodo de ejecución: inicio 21/07/2026 a 31/12/2026. -Registros/Evidencias: Registros de ejecución de copias de seguridad, informes de pruebas de restauración, bitácoras de respaldo, registros de control de acceso y procedimientos actualizados. -Responsable de la ejecución de la acción: Anteriormente era el Jefe División 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
				BIGHAsNiVp1wvbs?usp=drive_link	Sistemas y el Profesional Universitario y ahora es el Jefe División de Sistemas y el Administrador de Infraestructura Tecnológica. En cuanto a las evidencias aportadas, el listado de Software de la división de Sistemas presenta la descripción de los sistemas utilizados y su uso a nivel institucional. También se evidenció el uso del documento DO-GT-01 Plan de implementación de cambios, en donde se busca registrar los diferentes cambios al código fuente del software de la institución, la segregación de funciones y la asignación de responsabilidades durante los cambios. Sin embargo, se recomienda que, en este documento, se pueda dejar de manera clara cuál fue el cambio realizado y no solo que se plantee como una descripción general de actualización de módulo de reemplazos. También se aportó el documento Auditoria división de sistemas Informe

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
					de cambios en los proyectos, pero su contenido no muestra un análisis de la información obtenida, sino que se delimita a hacer captures de pantalla al Bitbucket, y no registra por lo menos los tiempos de actualización realizada en cada uno de los proyectos. No se reportaron evidencias de ejecución de copias de seguridad.

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	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.	Seguimiento al mapa de riesgos de corrupción segundo cuatrimestre 2026 – Mayo a Agosto. 1. Servicio de Restaurante: Reporte periodo_20262, Solicitud servicios de	De acuerdo con las evidencias aportadas, se pudo verificar el proceso de validación de requisitos de los estudiantes y los lineamientos establecidos para el caso del Servicio de Restaurante y Asignación de Becatrabajo y Monitoria. También se pudo evidenciar el trabajo en conjunto con el

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
	o intereses particulares.			restaurante Formularios de Google y Respuestas. 2. Beca trabajo y monitoria: Becas 2026-1, calendario académico 2026-1 y 2026-2, comunicación dirigida a estudiantes, comunicación dirigida a dependencias, FO-BU-08 Seguimiento Becatrabajo y monitoria, FO-BU-09 Cumplimiento becatrabajo y monitoria, Formulario cargue de formatos, Monitoria 2026-1, relación del cargue de documentos de cumplimiento becatrabajo y monitoria. 3. Difusión y transparencia: Imagen publicitaria sobre Postulación a becatrabajo y monitoria, correo postulación a becatrabajo y servicio de restaurante, Menú diario y menú vegetariano restaurante, Formulario de verificación para el servicio de restaurante estudiantes no aceptados, 4. SNIES_2026-1 5. FO-DE-05 MAPA DE RIESGOS	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. No se reportó la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.

6.14 GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS

Se constató que el proceso de Gestión de Servicios Académicos no presenta avances frente a la recomendación realizada en el primer cuatrimestre, en la que se indicó la necesidad de revisar las actividades del proceso para identificar posibles riesgos de corrupción. Al no contar con riesgos formalizados, no existen controles ni acciones asociadas sujetas a valoración de efectividad en el periodo reportado.

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 Auditoria, 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 Auditoria 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 auditoria por parte del equipo auditor, ante la dependencia auditada.	Informe Cuatrimestral de Seguimiento a Riesgos de Corrupción. 1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01	Según las evidencias aportadas no se ha integrado personal nuevo al proceso, y no se ha finalizado el proceso de Auditoría, por lo tanto, no se cuentan con evidencias de las acciones asociadas al control. No se reportó la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.

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	Posibilidad de Toma de atribuciones que no son de la competencia de la Oficina de Control Interno, para favorecer a un tercero	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 nuevo funcionario. 2. Establecer el Plan Anual de Acción y Auditorias 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 Auditorias de la Oficina de Control Interno, se ejecute de acuerdo con lo establecido. 4. Valorar el Informe preliminar de cada Auditoria, 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, Código de integridad institucional, y roles de la Oficina de Control Interno, cada vez que se vincule un nuevo funcionario. **2.** Elaborar el Plan Anual de Acción y Auditorias 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 Auditorias de la Oficina de Control Interno. **4.** Socializar el Informe preliminar de cada Auditoria 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.	Informe Cuatrimestral de Seguimiento a Riesgos de Corrupción. 1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01 2. Acta No. 2 Comité de Control Interno 3. Formato Plan Anual de Acción y Auditorías FO-CI-01	Según las evidencias aportadas no se ha integrado personal nuevo al proceso, y no se ha finalizado el proceso de Auditoría, por lo tanto, no se cuentan con evidencias de estas acciones asociadas al control. Sin embargo, si se evidenció la realización del Comité de Control Interno donde se aprobó el Plan Anual de Acción y de Auditorías y el seguimiento de este durante el segundo cuatrimestre No se reportó la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.

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
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 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.	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. 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.	Informe Cuatrimestral de Seguimiento a Riesgos de Corrupción. 1. Código de Ética del Auditor DO-CI-01 2. Memorando 223, 224, 225, 226 y correo electrónico del 26 de agosto de 2026, son algunos ejemplos de comunicaciones enviadas a los diferentes procesos y/o dependencias 3. Correo electrónico, DatArSoft	Persistencia de situaciones advertidas en el seguimiento anterior relacionada con la descripción del control y descripción de las acciones asociadas al control. Según las evidencias aportadas no se ha integrado personal nuevo al proceso, por lo tanto, no se cuentan con evidencias de estas acciones asociadas al control. Sin embargo, si se evidenció el uso del Sistema DatArSoft y correo electrónico de la Oficina para las notificaciones oficiales del proceso. No se reportó la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.

6.16 GESTIÓN DE CALIDAD

El proceso de Gestión de Calidad presentó un nuevo riesgo de corrupción, el cual ya fue incluido en el Mapa de Riesgos Institucional.

Se recomienda iniciar el proceso de recopilación de información y/o evidencias para los próximos seguimientos.

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	Posibles modificaciones o ajustes no controlados de la información del SGOE que podrían favorecer intereses particulares, debido a la concentración de funciones y a la falta de validación independiente.	Revisión y validación de la información registrada en el SGOE por parte del líder del proceso o responsable designado, verificando su correspondencia con los documentos, registros y fuentes oficiales antes de su aprobación o publicación.	Fortalecer la revisión y validación de la información del SGOE mediante la aprobación y validación de los documentos y registros generados por el proceso.	Radicado 55 y formato Mapa de Riesgos diligenciado.	Se evidencia que el proceso ha iniciado la identificación de riesgos de corrupción como una mejora del proceso. Dentro de esta identificación se observó una buena estructura de la descripción del riesgo y del control. Sin embargo, se recomienda que para la descripción de la acción asociada al control se propongan actividades específicas, claras y verificables que permitan que para el siguiente seguimiento se pueda aportar las evidencias correspondientes que le permitan a la Oficina de Control Interno realizar su análisis y verificación.

7. CONCLUSIONES

- Durante el segundo cuatrimestre de 2026, el número de procesos institucionales con riesgos de corrupción formalizados pasó de nueve (9) a diez (10), de un total de dieciséis (16) procesos. Este avance corresponde a la incorporación del proceso de Gestión de Calidad al Mapa de Riesgos Institucional. No obstante, seis (6) procesos continúan sin riesgos de corrupción formalizados (Docencia, Extensión, Gestión de Talento Humano, Gestión de Servicios Bibliotecarios, Gestión de Comunicaciones y Gestión de Servicios Académicos).

- En algunos procesos se identificaron avances en la actualización o reformulación de los riesgos y controles. Sin embargo, estos cambios deben acompañarse de una evaluación de su coherencia con las causas del riesgo, de la ejecución de las acciones previstas y de la suficiencia de las evidencias aportadas.

- La falta de riesgos de corrupción formalizados en algunos procesos limita la posibilidad de evaluar sistemáticamente los controles asociados. Por ello, resulta necesario fortalecer el acompañamiento metodológico por parte de la Oficina de Planeación y la participación de los líderes y equipos de trabajo en la identificación, análisis y tratamiento de estos riesgos.

- La Oficina de Control Interno continuará realizando seguimiento independiente a las observaciones y recomendaciones formuladas, con el propósito de verificar y evaluar la efectividad de los controles, los avances y la suficiencia de las evidencias, sin asumir responsabilidades propias de los líderes de proceso y de la segunda línea de defensa.

8. RECOMENDACIONES

- Solicitar a los líderes de los procesos que aún no cuentan con riesgos de corrupción formalizados adelantar el análisis de sus actividades y solicitar acompañamiento metodológico a la Oficina de Planeación, con el fin de identificar y formular los riesgos que correspondan.

- Revisar las observaciones presentadas y tomar las acciones respectivas para presentarlas en el próximo informe de seguimiento, garantizando el envío o reporte total de las evidencias en la ejecución de los controles y las actividades asociadas al control en el periodo establecido.

- Solicitar a la Oficina de Planeación, en su rol de Segunda Línea de Defensa, acompañamiento, capacitación y revisión de los mapas de riesgo para prevenir o mitigar su materialización.

- Promover, desde la Oficina de Planeación en su rol de Segunda Línea de Defensa, el diseño e implementación de metodologías para la identificación, evaluación y mitigación de otras tipologías de riesgos asociados a la integridad, tales como el Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas (LA/FT/FP), garantizando su articulación integral con el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).

MARIA ESMERALDA CONTRERAS CACERES

Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Diana Puentes - Profesional Universitario