

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/03/2026
			PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

CONSOLIDADO DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al monitoreo y revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
PROCESOS	FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
1 - DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4/03/2026	7	6	1
2 - DOCENCIA	24/03/2026	5	5	0
3 - INVESTIGACIÓN	20/03/2026	22	21	1
4 - EXTENSIÓN	20/03/2026	5	5	0
5 - GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	13/04/2026	14	13	1
6 - GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	10/04/2026	9	9	0
7 - GESTIÓN ESTUDIANTIL	10/04/2026	11	9	2
8 - GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS	8/04/2026	8	8	0
9 - GESTIÓN DE COMUNICACIONES	16/03/2026	5	5	0
10 - GESTIÓN LEGAL	20/03/2026	6	5	1
11 - GESTIÓN DOCUMENTAL	6/04/2026	7	4	3
12 - GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	9/04/2026	14	13	1
13 - GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO	18/03/2026	8	7	1
14 - GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS	6/04/2026	6	6	0
15 - AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO	27/03/2026	9	6	3
16 - GESTIÓN DE CALIDAD	4/03/2026	4	4	0
TOTALES		140	126	14

 Universidad Francisco de Paula Santander sigamos aprendiendo	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/03/2026
			PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al monitoreo y revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
5/27/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	7	0
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	10	9	1
14/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	7	1
11/04/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	6	1
4/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	6	1

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PÁGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Líder Direcciónamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UPFS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA									FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN			
R1	Direcciónamiento Estratégico	Rectoría	Baja ejecución de las metas del Plan de Desarrollo Institucional vigente.	Reputacional	Falta de articulación de los planes de acción de las dependencias con las metas del Plan de Desarrollo Institucional vigente.	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Se realiza un informe de seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de forma anual.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	A. Solicitud de informe de gestión por dependencias. B. elaboración de plan de acción anuales para cumplir las metas del Plan de Desarrollo Institucional	ene-26	dic-26	Informe de cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional.	Rectoría Oficina de Planeación
R2	Direcciónamiento Estratégico	Rectoría	Demoras en la actualización de los trámites que se encuentran intrinsecos en el SUIT.	Reputacional	Ausencia de profesional con conocimiento en el ítem	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Se tiene un usuario en el Sistema Único de Información y Trámites (SUIT), y se consulta a los encargados de cada trámite inscrito sobre la necesidad de actualizar información o realizar ajustes.	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	A. Recordatorios sobre la revisión y actualización de la información de cada trámite. B. Ficha de los trámites.	ene-26	dic-26	Versiones de las fichas de cada trámite ajustadas en el tiempo.	Oficina de Planeación
R3	Direcciónamiento Estratégico	Rectoría	Limitados espacios de retroalimentación y control social sobre la gestión institucional.	Reputacional	Falta de capacitación del personal institucional en temas de transparencia, acceso a la información pública y rendición de cuentas.	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Se diseña una estrategia de rendición de cuentas anual conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública para tales fines.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	A. Elaboración de productos de información. B. Definición de espacios de diálogo. C. Definición de mecanismos de retroalimentación.	ene-26	dic-26	Informe de evaluación de la estrategia de rendición de cuentas.	Rectoría Oficina de Planeación
R4	Direcciónamiento o Estratégico	Rectoría	Posible incumplimiento en la entrega de información o documentos a entes de control en los términos y condiciones previstos por la Ley.	Económico y Reputacional	Falta de un calendario administrativo que permita consultar en tiempo real las fechas de presentación de los informes.	Legal o de Cumplimiento	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	se realizan informes periódicos conforme a las solicitudes recibidas de los entes de control.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	A. Recepción de solicitudes y asignación a dependencias responsables. B. Elaboración de informes financieros y estadísticos.	ene-26	dic-26	Listado de informes entregados a entes de control.	Rectoría
R5	Direcciónamiento o Estratégico	Rectoría	Demoras en la actualización de la información del portal de transparencia institucional.	Económico y Reputacional	Falta de información para alimentar la pagina.	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Solicitudes a las dependencias responsables la información requerida.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	A. Solicitud de información a dependencias para actualización en el portal. B. Diseño de productos o documentos con información pública.	ene-26	dic-26	Informe de actualización del portal de transparencia.	Oficina de Planeación
R6	Direcciónamiento o Estratégico	Rectoría	Uso y divulgación inadecuada de la información.	Reputacional	Ausencia de lineamientos de comunicación, fallas en el uso de la imagen corporativa.	Corrupción	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Existen canales de comunicación internos y externos oficiales de la institución.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	A. Establecer matriz de comunicaciones. B. Diseñar y divulgar plan estratégico de comunicaciones. C. Diseñar el Manual de Imagen Corporativa	ene-26	dic-26	Documentos Correos electronicos	Oficina de Planeación Oficina de comunicaciones
R7	Direcciónamiento o Estratégico	Oficina de Planeación	Fallas en la planeación presupuestal	Económico	Falta de información para la toma de decisiones	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Solicitudes a las dependencias responsables la información requerida.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	A. Solicitud de información sobre ejecución presupuestal a la vicerrectoría administrativa. B. Reunion grupo de planeación presupuestal.	ene-26	dic-26	Actas y registros de ejecución presupuestal	Oficina de Planeación

 Universidad Francisco de Paula Santander REGLAMENTO DE ESTRUCTURA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-05
				VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	3/3/2026
				PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	
PROCESO DOCENCIA					
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al monitoreo y revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016					
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS	
4/25/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0	
4/24/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0	
12/21/2022	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	6	0	
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	7	0	
17/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	6	0	
17/10/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	0	
24/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	0	

		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																		CÓDIGO		FO-DE-05											
		MAPA DE RIESGOS																		VERSIÓN		02											
																				FECHA		3/3/2026											
																				PÁGINA		VER PIE PAGINA											
ELABORÓ						REVISÓ										APROBÓ																	
Lider Direccionamiento Estratégico						Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad																	
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO							CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS				AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
No.	PROCESO SIGC - UPPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN									DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADICIONAL	EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO									FECHA DE TERMINACIÓN			
R1	Docencia	Vicerrectoría Académica	Posibilidad de que el CNA emita concepto desfavorable para la Renovación de acreditación institucional por parte del MEN.	Económico y Reputacional	1. Ausencia de recursos financieros para la implementación del Plan de mejoramiento producto de la acreditación institucional. 2. Falta de asesoría, acompañamiento y personal competente para apoyar a las dependencias en el seguimiento a los avances de las OM del plan de mejoramiento de acreditación institucional. 3. Falta de seguimiento a los avances del plan de mejoramiento de acreditación institucional compartidos por las dependencias. 4. Desorganizada información de los avances de la OM. 5. Incumplimiento de entrega de informe de avances de OM del plan de mejoramiento en los tiempos establecidos según los lineamientos vigentes que establece el MEN y CNA. 6. No revisar y actualizar los lineamientos vigentes establecidos por el MEN y el CNA para la renovación de la acreditación.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 100 y 500 SMLM/	Mayor	80%	Alto	Verificar y validar el cumplimiento de requerimientos necesarios de la normatividad vigente expedida por el MEN y CNA durante todo el proceso para alcanzar la acreditación institucional.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	1. Revisar los lineamientos vigentes para iniciar acciones de cumplimiento de los requisitos establecidos por el MEN y el CNA para la renovación de la acreditación. 2. Plan de mejoramiento articulado a los programas y líneas del PDI. 3. Actas de reuniones, lista de asistencias, evidencia fotográfica de los encuentros, asesorías y acompañamientos a las dependencias responsables de la ejecución de las oportunidades de mejora del plan de mejoramiento y cuadros maestros. 4. Realizar seguimiento a los avances del plan de mejoramiento de acreditación institucional compartidos por las dependencias. 5. Organizar la información de las dependencias en un solo documento, diseñar la estructura del informe consolidado de avances. 6. Presentar informe borrador de proceso de autoevaluación con fines de renovación de acreditación y avances del plan de mejoramiento en los tiempos establecidos institucionalmente.	20/02/2026	30/12/2026	1. Manifi de requisitos establecidos por el CNA actualizados. 2. Plan de mejoramiento articulado a los programas y líneas del PDI. 3. Actas de reuniones, lista de asistencias, evidencia fotográfica de los encuentros, asesorías y acompañamientos a las dependencias responsables de la ejecución de las oportunidades de mejora del plan de mejoramiento. 4. Informes de avances entregados por las dependencias. 5. Informe consolidado de los avances del plan de mejoramiento por factor de cada dependencia. 6. Documento de informe borrador de avances del plan de mejoramiento en los tiempos establecidos institucionalmente.	Recoría, Vicerrectoría Académica y las demás dependencias responsables de los factores a mejorar y los de cumplimiento según los lineamientos del CNA	
R2	Docencia	Vicerrectoría Académica	Posibilidad de que MEN - CNA emitan concepto desfavorable para la acreditación por primera vez o Re acreditación de los programas Académicos.	Económico y Reputacional	1. Falta de documentos de apoyo para realizar el debido proceso. 2. Falta de verificación de cumplimiento de requisitos para asegurar un proceso de acreditación por primera vez exitoso. 3. Falta de asesoría, acompañamiento de personal competente para apoyar a los programas académicos para asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos institucionalmente y los lineamientos del MEN - CNA, en especial de los tiempos de entrega de documento de acreditación para la obtención y/o renovación de la acreditación del programa.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 100 y 500 SMLM/	Mayor	80%	Alto	1. Crear y actualizar los procedimientos y formatos de apoyo para el proceso de autoevaluación con fines de acreditación estandarizados y vinculados al Sistema Integral de Calidad. 2. Crear estrategias para asegurar el proceso un proceso de acreditación exitoso. 3. Realizar asesoría y Acompañamiento por parte del comité de Académico de Autoevaluación y Acreditación Institucional para verificar que se cumplan los requisitos establecidos institucionalmente y los lineamientos del MEN - CNA en el proceso de obtención por primera vez de acreditación y/o renovación de acreditación.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	1. Generar documentos pertinentes para el proceso de autoevaluación con fines de acreditación de programas (algunos pueden estar documentos del SIGC) 2. Realizar el diagnóstico para obtener por primera vez la Acreditación. 2.1. Identificación de programas que cumplen con los requisitos para ser acreditables (Estado de programas acreditables). 2.2. Realizar proceso de sensibilización y diagnóstico frente a los lineamientos vigentes que establece el MEN y CNA. (evidencias de encuentros con los programas como listas de asistencia). 2.3. Una vez revisado el diagnóstico si este cumple se establece propuesta de cronograma de trabajo para la obtención de la acreditación. En caso contrario, el programa entra en plan de mejoramiento para subir la calificación y dar inicio al proceso. (evidencia de socialización e informe de diagnóstico de los programas). 3. Acreditación y Renovación de la Acreditación de programas 3.1. Realizar cronograma tentativo de trabajo a seguir en proceso. (cronograma de trabajo). 3.2. Asesoría y acompañamiento del personal competente para apoyar a los programas en los avances de las etapas del proceso de acreditación y/o renovación de la acreditación, teniendo en cuenta los requisitos establecidos institucionalmente y los lineamientos del MEN - CNA (Actas, lista de asistencia, evidencia fotográfica). 3.3. Revisión del documento de acreditación y/o renovación de la acreditación del programa académico. (documentos con los comentarios y observaciones, correos de envío de observaciones y actas de encuentros).	20/02/2026	30/12/2026	1. Documentos del SIGC. 2. Listado de programas acreditables 3. Listas de asistencia 4. Presentación de diagnóstico de los programas acreditables. 5. Propuestas de cronograma 6. Actas de reuniones de asesoría y acompañamiento, evidencia fotográfica, correos de avances y observaciones de documento.	Cada programa académico con el apoyo de la Vicerrectoría académica	
R3	Docencia	Vicerrectoría Académica	Posibilidad de que los programas académicos incumplan los requisitos y lineamientos exigidos por el MEN en los tiempos establecidos y se pierda el registro calificado.	Económico y Reputacional	1. Falta de asesoría, acompañamiento y personal competente para apoyar a los programas en la construcción del documento de registro calificado. 2. Falta de seguimiento a los avances de las condiciones de documento de Registro calificado.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 100 y 500 SMLM/	Mayor	80%	Alto	1. Realizar asesoría y acompañamiento con personal competente para apoyar a los directores de programas y funcionarios responsables en la construcción del documento de registro calificado. 2. Realizar encuentros con los directores de programa o personal responsable para el seguimiento a los avances de las condiciones de documento de Registro calificado.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	1. Asesoría, acompañamiento y personal competente para apoyar a los programas en la construcción del documento de registro calificado. 2. Realizar el seguimiento a los avances de las condiciones de documento de Registro calificado para su entrega en los tiempos establecidos.	20/02/2026	30/12/2026	1. Actas de reuniones de asesoría y acompañamiento, lista de asistencias, evidencia fotográfica. 2. Informes de avances por condición de Registro Calificado de cada Programa y sus observaciones.	Cada programa académico con el apoyo de la Vicerrectoría académica	
R4	Docencia	Vicerrectoría Académica	Posibilidad de que el Consejo Académico no otorgue la renovación de la licencia interna de funcionamiento para los programas académicos.	Económico y Reputacional	1. Desconocimiento de la normatividad. 2. Incumplimiento de las condiciones establecidas para la renovación de licencia interna. 3. Falta de seguimiento eficiente para la realización de la renovación y atención de licencia interna de funcionamiento	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 100 y 500 SMLM/	Mayor	80%	Alto	1. Verificar la fecha de vencimiento de la licencia interna de los programas académicos. 2. Socializar y publicar la normatividad vigente relacionada con la licencia interna. 3. Realizar acompañamiento por parte del Comité Académico en la construcción del documento de licencia interna. 4. Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para la licencia interna.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	1. Notificar alertas tempranas del vencimiento de licencia interna; enviar notificaciones a los responsables de los programas académicos sobre el vencimiento próximo de la licencia interna. 2. Socializar la reglamentación de licencia interna de funcionamiento; difundir y explicar la normativa vigente relacionada con la licencia interna a los miembros de la comunidad académica. 3. Realizar encuentros de asesoría en la construcción de documento: brindar apoyo y orientación a los responsables de los programas académicos en la elaboración del documento de licencia interna. 4. Revisar el documento final de licencia interna; verificar que el documento cumpla con los requisitos establecidos y esté listo para su presentación.	20/02/2026	30/12/2026	1. Reuniones de socialización de normatividad vigente (encuentro de autoevaluación entre otros). 2. Actas de reuniones de asesoría y acompañamiento, lista de asistencias, evidencia fotográfica. 3. Informes de avances según los lineamientos establecidos en la institución para la obtención y renovación de licencia interna de funcionamiento. 4. Plan de mejoramiento del programa académico con avances y evidencias	Vicerrectoría Académica y los involucrados dependiendo del proceso que este desarrollando hay normatividad específica vigente. Tanto institucional como nacional	
R5	Docencia	Vicerrectoría Académica	Posibilidad de que se pierda la información resultante de la gestión del proceso de la vicerrectoría académica	Económico y Reputacional	1. No realizar copias de seguridad de la información.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 100 y 500 SMLM/	Mayor	80%	Alto	1. Verificar que la información quede guardada en el drive y en lo posible en un disco duro	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	1. Realizar copia de seguridad de la información al drive o disco duro	20/02/2026	30/12/2026	1. Drive compartido a vicerrectoría académica	La dependencia responsable de la información	

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-05
				VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	3/03/2026
				PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estrategico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	
PROCESO INVESTIGACIÓN					
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016					
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS	
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1	
2/08/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2	
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	5	3	
12/21/2022	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	13	10	3	
8/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	13	10	3	
20/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	14	14	0	
20/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	22	21	1	

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	2							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Líder Direcciónamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UPFS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Insatisfacción de Usuarios y partes interesadas	Reputacional	Quejas por la prestación de servicios de capacitación, divulgación de resultados de investigación y procesos editoriales que se organizan desde la dependencia.	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento a los mecanismos de comunicación que dispone la institución : UGAD, DATARSOF; Correo electrónico institucional, Sistema PQRS	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Establecer estrategias de divulgación de información de manera oportuna, a través de la disponibilidad del mecanismo para la identificación de la Satisfacción del servicio prestado , con el fin de evaluar el servicio prestado mejorando continuamente de acuerdo a la calificación.	Febrero	Diciembre	Matriz de resultados de servicios prestado .	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R2	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Respuesta no eficiente a las comunicaciones dispuestas por el sistema de información y comunicación institucional	Económico y Reputacional	Baja frecuencia de consulta del sistema de información institucional y limitada cultura de uso de las herramientas tecnológicas por parte del personal, sumado a la discontinuidad en la contratación (restringida al periodo académico) que afecta la atención de procesos fuera de calendario, así como a limitaciones en la financiación de los procesos técnicos requeridos; lo cual incide en la respuesta inoportuna o ineficiente a las comunicaciones institucionales	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento a los mecanismos de comunicación que dispone la institución : UGAD, DATARSOF; Correo electrónico institucional, Sistema PQRS	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	NO	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Revisión diaria del sistema de información y correos electrónicos de la VAIE para entrega del requerimiento al responsable del trámite	Febrero	Diciembre	Seguimiento al Datarsoft que muestra las solicitudes con estado de TRAMITADO y seguimiento al correo electrónico con la trazabilidad de la respuesta	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R3	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Pérdida de documentos e información	Económico y Reputacional	Ausencia o debilidad en los procedimientos de gestión documental, incluyendo clasificación, archivo, conservación y disposición final de la información. Deficiencias en los controles de acceso y seguridad de la información, tanto en medios físicos como digitales. Falta de implementación de copias de seguridad (backups) y planes de recuperación de información ante incidentes. No se programa mantenimiento preventivo de los equipos de computo	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Establecer mecanismos de seguridad como controles de acceso, copias de respaldo periódicas, y restricciones al uso de medios no autorizados.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Sin Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Solicitar mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo. Ampliar la capacidad de almacenamiento de la nube Google Workspace Establecer controles de acceso a la información, definiendo perfiles de usuario y restricciones según niveles de responsabilidad del personal de la VAIE	Febrero	Diciembre	*Comunicación Interna a la División de Sistemas y copia de seguridad de la información en la nube o medio magnético. Matriz de acceso a credenciales del personal de la VAIE	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R4	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Reducción de los indicadores de desarrollo tecnológico e innovación, y en general de la investigación.	Económico y Reputacional	Bajo nivel de participación y desaprovechamiento de recursos en capacitaciones, convocatorias internas y externas	Estratégico	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Frecuente divulgación de capacitaciones y convocatorias vigentes y asesorías para el acompañamiento en los procesos de postulación y fortalecimiento de las unidades de investigación	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Uso de canales de comunicación institucionales para realizar una divulgación frecuente de las capacitaciones, convocatorias, talleres y planes de trabajo	Febrero	Diciembre	Formato de registro de asistencia, piezas graficas y publicación en canales institucionales para la divulgación de capacitaciones y convocatorias	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																									CÓDIGO	FO-DE-05					
																										VERSIÓN	2					
																										FECHA	3/3/2026					
	MAPA DE RIESGOS																									PÁGINA	VER PIE PAGNA					
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Líder Direcciónamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN			
R5	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Incumplimiento de la entrega de los informes de gestion y planes de accion semestral, y de informe de avance y final de convocatorias con financiación interna y/o externa, por parte de las unidades investigativas, dictiores de: grupos, semilleros, proyectos FINU, Tutores de Jiel, editores de revistas científicas	Económico	Falta de compromiso para el cumplimiento de las obligaciones de parte de los docentes investigadores directores de Grupos y semilleros de investigación, tutores de jóvenes investigadores y editores	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Desde la Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión y el Comité Central de Investigación y Extensión, se realiza la revisión de los informes derivados de las actividades de investigación. De acuerdo al cumplimiento se informa de la recomendación de horas o no, por concepto de investigación al Consejo Académico y a Recursos Humanos.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Acompañamiento a las unidades investigativas enviando recordatorios para la fecha de las entregas de los informes de gestión semestral e informes de avance y final en las convocatorias con financiación interna y externa	Febrero	Diciembre	Comunicación interna (Correo Electrónico y/o DATARSOFT)	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R6		Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Apropiación indebida de recursos	Económico y Reputacional	Pérdida injustificada de bienes y recursos de inventario, derivada de omisiones en el control, registro o custodia, que pueda encubir actos indebidosn	Corrupción	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Aplicación de procedimiento de préstamo de los equipos de la VAIE.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	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.	Febrero	Diciembre	Formato de prestamo de equipos de la dependencia	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R7	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Posibilidad de incumplimiento en los objetivos establecidos para proyectos FINU	Económico y Reputacional	Falta de control en las solicitudes de contratación, falta de conocimiento por parte de las personas solicitantes de ordenes de compra o prestación de servicios, desconocimiento de los lineamientos establecidos o inadecuada gestión por parte del personal	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Revisión de las solicitudes de contratación u ordenes de compra por parte de las áreas encargadas	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Informar las indicaciones por parte del área encargada, sobre el trámite de ordenes de compra, orden de prestación de servicios y ordenes generales, para dinamizar eficientemente los procesos de contratación	Febrero	Diciembre	Comunicación interna en la cual se remite cronograma e indicaciones para el trámite de Solicitudes (OCO - OPS - OGE).	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R8	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Administración financiera del proyecto FINU por parte del director del proyecto	Económico	Falta de ejecución presupuestal por parte de los directores de proyectos aprobados para financiación interna	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento a la ejecución presupuestal por rubros de cada proyecto de investigación con financiación interna aprobada	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Controlar la ejecución presupuestal por rubros aprobados para financiación de proyectos de investigación mediante el seguimiento a las ordenes generadas por cada solicitud.	Febrero	Diciembre	Matriz de ejecución presupuestal por rubros de cada proyecto de investigación	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R9	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Falta de lineamientos normativos en Transferencia de tecnología	Económico y Reputacional	Falta de definición de procedimientos y lineamientos normativos para la gestión, protección y comercialización de resultados de investigación.	Legal o de Cumplimiento	Probable	Alta	80%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	Formulación, adopción e implementación de lineamientos normativos institucionales en materia de transferencia de tecnología	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir el Riesgo	Establecer lineamientos institucionales para la transferencia de tecnología	Febrero	Diciembre	Certificado de presentación y aval de la Política de Transferencia de Tecnología y Conocimiento ante la Oficina de Planeación Institucional, Consejo Academico, Comité Administrativo para posterior presentación en preconsejo y Consejo Superior	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																								CÓDIGO	FO-DE-05						
	MAPA DE RIESGOS																								VERSIÓN	2						
																									FECHA	3/3/2026						
																									PÁGINA	VER PIE PAGNA						
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Líder Direcciónamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R10	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Vulneración de los derechos de propiedad intelectual	Económico y Reputacional	Falta de buenas prácticas en derecho de autor por la comunidad universitaria	Estratégico	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Formación de la comunidad universitaria en el marco de la propiedad intelectual enfocado en el Derecho de autor, destacando las implicaciones legales en cuanto a la titularidad, uso, reproducción, modificación de creaciones intelectuales.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Orientación y difusión de lineamientos en buenas prácticas en Derecho de Autor mediante la entrega de herramientas pedagógicas (manual, infografías y cápsulas informativas)	Febrero	Diciembre	Listados de asistencia a capacitaciones, manual de buenas prácticas publicado y piezas gráficas distribuidas (infografías/cápsulas)	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R11	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Incumplimiento de las obligaciones establecidas en los Contratos de Acceso a Recurso Genético y productos derivados suscritos con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible	Reputacional	Retrasos en la ejecución de actividades comprometidas en el contrato. Incumplimiento en los plazos de entrega de informes técnicos por parte de los responsables técnicos de los proyectos enmarcados en los contratos. Incumplimiento de las obligaciones establecidas en los Contratos de Acceso a Recurso Genético y productos derivados	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Cronograma de seguimiento de los plazos de entrega de los informes anuales y obligaciones contractuales pactados con el Ministerio.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Coordinar la consolidación y entrega de informes técnicos con los responsables técnicos mediante el cronograma de seguimiento, asegurando el cumplimiento de los plazos y obligaciones contractuales. Establecer lineamientos institucionales para colecciones biológicas.	Febrero	Diciembre	Notificación y comunicación interna con responsables mediante correo electrónico para la entrega de los informes. Radicado de Minambiente Política de colecciones biológicas UFPS	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R12	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Retrasos en los procesos de evaluación, edición y publicación de artículos científicos, afectando la periodicidad e indexación de las revistas	Reputacional	Baja disponibilidad de pares evaluadores, débil seguimiento a los procesos en plataforma; sobrecarga operativa del equipo editorial	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento a procesos editoriales mediante plataforma OJS y control de tiempos	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento al proceso de publicación de los artículos de cada una de las revistas científicas que son editadas por la institución.	Febrero	Diciembre	Matriz de seguimiento del proceso editorial de las revistas científicas	Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión
R13	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Respuesta inoportuna o ineficiente a comunicaciones editoriales	Reputacional	Frecuencia de consulta de sistema de información, tiempos de contratación del personal solo dentro del periodo académico para procesos continuos (fuera de calendario) y financiación de procesos técnicos necesarios para los procesos.	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento a las notificaciones de la plataforma OJS y al correo editorial de la revista para la gestión de las comunicaciones con autores y evaluadores	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	NO	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento semanal a las notificaciones de OJS y al correo de la revista, garantizando la atención oportuna de las comunicaciones con autores y evaluadores.	Febrero	Diciembre	Seguimiento que muestra los artículos con estado dentro del proceso y trazabilidad de la respuesta	Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión
R14	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Pérdida o acceso no autorizado a información editorial	Económico y Reputacional	Falta de copias de seguridad; fallas tecnológicas	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Almacenamiento de información en plataformas institucionales como la OJS de revistas y OMP para libros y DSPACE para producción científica de la UFPS	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Sin Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Solicitar mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo. Realizar respaldo periódico de la información editorial en medios institucionales Solicitar al proveedor de servicio de soporte y alojamiento de plataformas institucionales de las copias de respaldo al semestre.	Febrero	Diciembre	*Comunicación interna a los profesionales de la Oficina de publicaciones para realizar la copia de seguridad de la información en la nube o medio magnético.	Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	2							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PÁGINA							
ELABORÓ									REVISÓ									APROBÓ														
Líder Direcciónamiento Estratégico									Equipo Operativo de Calidad									Líder de Calidad														
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R15	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Incumplimiento de la entrega de los informes de gestión y planes de acción semestral de editores de revistas científicas	Económico	Falta de compromiso para el cumplimiento de las obligaciones de parte de los docentes editores	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Desde la Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión y el Comité Central de Investigación y Extensión, se realiza la revisión de los informes derivados de las actividades de investigación. De acuerdo al cumplimiento se informa de la recomendación de horas o no, por concepto de investigación al Consejo Académico y a Recursos Humanos.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Acompañamiento a los editores enviando recordatorios para la fecha de las entregas de los informes de gestión y planes de acción semestrales.	Febrero	Diciembre	Comunicación interna Correo Electrónico Informe entregado por cada docente al finalizar el semestre o en las fechas establecidas de acuerdo a los requerimientos de la VAIE para la respectiva recomendación de horas de investigación, reconocimiento.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R16	Investigación	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Vulneración en los procesos editoriales de publicaciones científicas, debido a prácticas deshonestas de autores o terceros y a la ausencia o debilidad de lineamientos éticos, afectando la credibilidad y calidad de las publicaciones.	Reputacional	Deshonestidad de autores o de terceros que tienen contacto con la Obra, así como carencia de normativa relacionada con ética para la investigación y publicación	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Implementar y aplicar lineamientos éticos editoriales y la verificación de originalidad de los artículos previo a su publicación	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	1) Aplicar revisión de originalidad a todos los artículos recibidos mediante herramientas antiplagio. 2) Adoptar y divulgar lineamientos éticos para autores, evaluadores y editores.	Febrero	Diciembre	Informes antiplagio, políticas éticas publicados en la plataforma de cada publicación editada por la UFPS	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R17	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Posibilidad de autorizar pagos superiores a los establecidos para cada rubro de caja menor	Económico	Bajo nivel de seguimiento y control a lo aprobado para cada rubro	Financiero	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Verificación previa de los gastos de caja menor, validando que los montos solicitados se ajusten a los topes establecidos por cada rubro, mediante revisión por parte del responsable antes de su autorización	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Fortalecer el seguimiento periódico al cumplimiento de los montos establecidos para los gastos de caja menor	Febrero	Diciembre	Registro de seguimiento a rubros de caja menor	Director Ejecutivo FRIE
R18	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Posibilidad de realizar pagos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos.	Económico	Falta de verificación previa de los requisitos y soportes documentales antes de la autorización de los pagos.	Financiero	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Verificación previa de los documentos y requisitos exigidos para el trámite de pago, asegurando su cumplimiento antes de la autorización.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Fortalecer la revisión de los requisitos y soportes para el trámite de pagos mediante la verificación constante y la socialización de los lineamientos establecidos con los responsables del proceso	Febrero	Diciembre	Registro de orientación, capacitación y/o acompañamiento para la socialización de los lineamientos establecidos para la ejecución del proceso.	Profesional Universitario de la Oficina FRIE
R19	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Posibilidad de utilización de los recursos asignados en los convenios para fines distintos a los establecidos contractualmente.	Económico y Reputacional	Falta de control y seguimiento a la destinación de los recursos durante la ejecución del convenio.	Fiscal	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Verificación de la destinación de los recursos mediante revisión de soportes y seguimiento periódico a la ejecución financiera de los convenios, asegurando que los gastos correspondan a lo establecido contractualmente	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Fortalecer el seguimiento a la ejecución financiera de los convenios mediante la solicitud periódica de informes, la revisión de soportes y la validación de la destinación de los recursos, en articulación con los responsables de la ejecución	Febrero	Diciembre	Comunicación interna (Correo Electrónico y/o DATARSOF) para solicitud de informes, entre otros. Informes financieros	Profesional Universitario de la Oficina FRIE

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	2							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Líder Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R20	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Posibilidad de realizar pagos duplicados a contratistas o proveedores	Económico	Falta de control y validación en el registro y verificación de los pagos realizado	Financiero	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	verificación previa del pago, mediante el cruce de información entre los registros contables y los soportes de pago, con el fin de identificar posibles duplicidades.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Fortalecer el control en la verificación de pagos y la certificación bancaria, con el fin de evitar la duplicidad en los pagos.	Febrero	Diciembre	Comprobante de Egreso y Certificación bancaria	Profesional Universitario de la Oficina FRIE
R21	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Retraso de los procesos de contratación por inconsistencias en el sistema empleado para este fin, y la información cargada por los actores involucrados.	Reputacional	El sistema empleado para asociar los documentos para su respectivo tramite exitoso, puede presentar inconsistencia. La documentación cargada en el sistema no cumple con los requisitos establecidos para el trámite exitoso.	Legal o de Cumplimiento	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Comunicación con la oficina de sistemas para su posible acompañamiento y verificación . Divulgación constante de lineamientos para el debido proceso y socialización de estos ultimos a través de acompañamiento, capacitación y/o orientación.	Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	80%	Leve	16%	Alto	Evitar el Riesgo	Seguimiento al sistema empleado para el proceso, validando el debido funcionamiento. Divulgación de lineamientos y orientación constante.	Febrero	Diciembre	Comunicación interna (Correo Electrónico y/o DATARSOFI) para subsanación de inconsistencias. Registro de socialización de lineamientos.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extension
R22	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Retrasos en los procesos de contratación por falta de revisión y/o compromiso de los contratistas y/o supervisores encargadas del cumplimiento en los lineamientos establecidos por el proceso.	Reputacional	Inconsistencias en la información validada y reportada por las dependencias involucradas en los procesos de contratación educativa.	Legal o de Cumplimiento	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Divulgación constante de lineamientos para el debido proceso y socialización de estos ultimos a través de acompañamiento, capacitación y/o orientación.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Reducir el Riesgo	Divulgación de lineamientos y orientación constante.	Febrero	Diciembre	Comunicación interna (Correo Electrónico y/o DATARSOFI). Registro de socialización de lineamientos.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extension

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/03/2026
			PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estrategico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO EXTENSIÓN				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
2/08/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	5	3
12/21/2022	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	13	10	3
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	13	10	3
8/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	13	10	3
20/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	0
20/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	0

 Universidad Francisco de Paula Santander	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																									CÓDIGO	FO-DE-05					
	MAPA DE RIESGOS																									VERSIÓN	02					
																										FECHA	3/03/2026					
																										PÁGINA	VER FIE PAGINA					
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASIDENCIA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Extensión	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Insatisfacción de Usuarios y partes interesadas	Económico y Reputacional	Las partes interesadas desconocen las condiciones de los servicios existentes como cronogramas de actividad, entre otros.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Realizar seguimiento periódico a la información de interés sobre los servicios existentes, para asegurar su divulgación en los mecanismos de comunicación institucional definidos.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Establecer estrategias de divulgación de información de manera oportuna, a través de los mecanismos identificados para esta actividad.	Febrero	Diciembre	Comunicación Interna (Correo Electrónico/DATARSO FT) Registros de divulgación de la información	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R2	Extensión	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Falta de formalización y documentación de los compromisos de los actores involucrados en los procesos de extensión, lo que impide evidenciar claramente sus responsabilidades y niveles de participación.	Económico y Reputacional	Falta de claridad en los lineamientos del proceso de extensión respecto a la definición de la relación entre los actores y sus compromisos, así como desconocimiento de dichos lineamientos por parte de las partes interesadas	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Seguimiento y actualización constante de los documentos que direccionan y soportan la operatividad del proceso de extensión. Realizando divulgación constante y socialización de estos.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Mayor	80%	Alto	Reducir el Riesgo	Hacer seguimiento constante a que los lineamientos estandarizados reflejen claridad y entendimiento del proceso. Divulgación constante de lineamientos para el debido proceso y socialización de estos últimos a través de acompañamiento, capacitación y/o orientación.	Febrero	Diciembre	Formato recepción de información, (mecanismo de comunicación institucional)	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R3	Extensión	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Entrega inoportuna/inadecuada del reporte de información de indicadores de Extensión SNIES por parte de los programas académicos.	Reputacional	Bajo nivel de compromiso y apropiación del proceso por parte de las unidades académicas, evidenciado en el incumplimiento de plazos y responsabilidades para el reporte de indicadores de Extensión SNIES.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Jornadas de capacitación. Divulgación de la información a través de mecanismos definidos para el acompañamiento a las unidades académicas en el proceso.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Divulgación, capacitación y acompañamiento, a las dependencias y unidades académicas	Febrero	Diciembre	Comunicación interna (correo electrónico/ datarsoft) Registro de capacitaciones y/o asesorías, acompañamiento.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R4	Extensión	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Incumplimiento del Plan de Acción	Económico y Reputacional	Falta de aprobación en las actividades y procedimientos de Extensión. Restricciones presupuestales y de infraestructura tecnológica.	Estratégico	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Realizar planes de trabajo implementando mecanismos de revisión de las actividades y procedimientos de Extensión, que incluyan planificación presupuestal y evaluación de la infraestructura tecnológica disponible, con seguimiento periódico al cumplimiento del plan de acción institucional	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir el Riesgo	Revisiones periódicas de las actividades y procedimientos de Extensión, asegurando que sean aprobadas formalmente.	Febrero	Diciembre	Actas de reuniones de revisión y seguimiento de actividades. Comunicaciones oficiales de aprobación de actividades y procedimientos.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión
R5	Extensión	Vicerectoría Asistente Investigación y Extensión	Ausencia de un sistema que integre y consolide la información del proceso de Extensión, limitando el análisis, seguimiento y gestión de los datos.	Económico y Reputacional	No se cuenta con un sistema centralizado que permita consolidar y gestionar de manera eficiente la información del proceso de Extensión	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Diseñar e implementar un sistema o plataforma que consolide toda la información de Extensión	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Sin Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir el Riesgo	Formular y ejecutar un plan de trabajo para el diseño e implementación del sistema de información de Extensión, que contemple las fases de levantamiento de requerimientos, desarrollo, pruebas, capacitación y puesta en marcha, definiendo responsables, cronogramas de seguimiento, con el fin de garantizar su implementación integral y funcionamiento efectivo.	Febrero	Diciembre	Documento del plan de diseño e implementación del sistema aprobado. Documento de requerimientos funcionales y técnicos. Cronograma de ejecución de diseño e implementación. Informes de avance del desarrollo e implementación. Actas de reuniones de seguimiento del plan de trabajo.	Vicerrector Asistente de Investigación y Extensión

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-05
				VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	3/3/2026
				PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	

PROCESO GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	18	16	2
7/26/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	18	16	2
12/10/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
15/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2
20/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2
15/08/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	17	16	1
13/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	14	13	1

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																								CÓDIGO	FO-DE-05						
	MAPA DE RIESGOS																								VERSIÓN	02						
																									FECHA	3/3/2026						
																									PÁGINA	VER PIE PAGINA						
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Líder Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL							
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASIGNADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Pagos Duplicados	Económico y Reputacional	Falta de verificación en el sistema y/o error humano	Financiero	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	*Actualización del sistema, con alertas en conceptos iguales. *Verificación del funcionario encargado frente a la duda presentada.	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificación del funcionario encargado frente a la duda presentada	1/4/2026	31/12/2026	Verificación en el sistema de información	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo
R2	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Transferencia a cuenta equivocada	Económico y Reputacional	Digitación Incorrecta o falta de validación	Financiero	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	*Verificación portal bancario contra la certificación bancaria en físico. *Controles ejercidos por el banco en la verificación de la información registrada.	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificación portal bancario contra la certificación bancaria - Verificación del comprobante de pago con el soporte de la transferencia bancaria emitido por el banco	1/4/2026	31/12/2026	Soporte comprobante de pago, certificación bancaria emitida por el contrahista, soporte de la transferencia emitido por el banco	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo
R3	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Diferencias en Conciliaciones	Económico y Reputacional	Registro incorrecto de movimientos	Financiero	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	*Verificación de la información con el extracto bancario	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificación de los valores registrados en el libro de bancos con el extracto bancario	1/4/2026	31/12/2026	Conciliación bancaria, reporte de libro de bancos, y extracto bancario	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo
R4	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Pérdida de Información de Tesorería	Económico y Reputacional	Fallas Tecnológicas o falta de respaldo	Financiero	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	*Capacitación periódica al personal sobre buenas prácticas en manejo de información sensible. * Implementación de copias de seguridad (backups) automáticas y periódicas de la información financiera. *Uso de controles de acceso restringido a los sistemas de tesorería (usuarios, roles y contraseñas seguras).	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	10%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Realización de copias de seguridad mensualmente- Reunión con los funcionarios para socializar la importancia de la protección y custodia de los usuarios y contraseñas asignados en el ejercicio de las actividades asignadas	1/4/2026	31/12/2026	Registro fotografico de la Unidad Extraíble- Disco duro	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo
R5	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Acceso no autorizado a plataformas bancarias	Económico y Reputacional	Falta de controles de la seguridad de la información	Financiero	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	*Asignación de usuarios individuales e intransferibles (prohibición de usuarios compartidos). *Definición de perfiles de acceso según roles (principio de mínimo privilegio). *Uso de tokens físicos o digitales para la autorización de transacciones.	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Asignacion de usuarios individuales (prohibición de usuarios compartidos) - Uso de tokens físico	1/4/2026	31/12/2026	Registro fotografico	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo
R6	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerectoría Administrativa	Desconocimiento de las normas externas e internas para aplicación en el proceso de gestión de pagos.	Económico y Reputacional	Falta de capacitación al personal - Cambios normativos no comunicados	Legal o de Cumplimiento	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	*Programas de Capacitación y actualización de la normativa. *Socialización de cambios legales o internos - *Emisión de Circulares informativas para la comunidad en general. *Videos educativos con el paso a paso de los procesos	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	10%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Programacion de capacitaciones - Emision de circulares informativas - Realización de videos educativos con el paso a paso del proceso	1/04/2026	31/12/2026	Circulares en el momento de su emisión	Jefe Unidad de Tesorería Profesional Universitario Auxiliar Administrativo

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																										CÓDIGO	FO-DE-05					
																											VERSIÓN	02					
	MAPA DE RIESGOS																										FECHA	3/3/2026					
																											PÁGINA	VER PIE PAGINA					
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ													
Líder Direcciónamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad													
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN		
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN	
R7	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Uso indebido, sustracción o desviación de los bienes y/o Recursos Fisicos para beneficio propio del servidor publico o de un tercero	Económico	1.Omisión en la recepción de bienes, incumpliendo con las especificaciones establecidas en la orden de compra 2. Vulnerabilidad del sistema de información financiera (SIF), exponiendolo a posibles alteraciones de la informacion, en beneficio propio o de un tercero 3.Ausencia de control en la verificación de inventario por parte del servidor publico	Corrupción	Casi seguro	Muy Alta	100%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	1. Validacion fisica de documentacion que corresponda con la especificacion de los elementos entregados 2. Verificación de la informacion aportada por el proveedor al sistema de información financiera (SIF), en cumplimiento con los aspectos legales correspondiente para el ingreso de los elementos 3. Revision periodica de inventario y seguimiento de bienes devolutivos asignados al personal de planta.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir el Riesgo	1. Inspeccion de los elementos ingresados respecto a la orden de compra en correlacion con la informacion suministrada por el proveedor. 2. Gestion de entradas y salidas de los elementos ingresados con su respectivo tramite legal mediante el sistema de informacion financiera (SIF) 3. Emilitr comunicado mediante Dtarsoft respecto a la responsabilidad en inventario de los elementos destinados a la custodia del personal a cargo y Verificacion fisica de inventario en las dependencias segun cronograma de actividades por bloque semestral	1/4/2026	31/12/2026	* Ordenes de compra o remision con firma de recibido por parte de Almacen. * Comprobantes de Entrada y Comprobantes de Salidas, según la tipología de adquisicion. *Comunicación emitida por Dtarsoft (Información general manejo de inventarios). *Cronograma de Actividades de Inventarios. *Actas de Entrega de Inventario	Auxiliar Administrativo Jede Unidad de Almacen e Inventarios Profesional Universitario Auxiliar Administrativ	
R8	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Incumplimiento en la presentación de Informes por parte de la Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta	Económico	1. Operatividad e integridad del Sistema de Sistema de Información Financiero (SIF) del proceso de Gestión Financiero de la Universidad Francisco de Paula Santander 2. Sobrecarga laboral 3. Desconocimiento de la normatividad aplicada al proceso de Gestión Financiero de la Universidad Francisco de Paula Santander (leyes, decretos, Ordenanzas, entre otros).	Operativo	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Reporte mensual, trimestral de cumplimiento de información a los entes de control	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	* Envío mensual de Snies Presupuestal * Envío trimestral de Snies Financiero * Envío información trimestral contable y financiera a la Contaduría General de la Nación * Envío Informe DANE	1/4/2026	31/12/2026	Certificados emitidos en la entrega de información	Vicerrectoria Administrativa Unidad de Presupuesto	
R9	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Inobservancia de las Circulares y demás normas expedidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	Económico y Reputacional	Falta de interés o desconocimiento para la revisión y análisis de las normas	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	*Consultas frecuentes en la página web de Minhacienda (SIIF Nación). *Verificación de la información recibida en el correo institucional, remitida por Minhacienda (SIIF Nación).	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Consultar de manera frecuente la página web de Minhacienda (SIIF Nación), las normas expedida para las transferencias de la nación. Verificar la información recibida en el correo institucional, remitida por Minhacienda (SIIF Nación).	1/4/2026	31/12/2026	Documentos expedidos por Minhacienda (SIIF Nación)	Profesional Universitario de la Unidad de Tesorería	
R10	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Pago extemporaneo a la Secretaría de Hacienda Departamental	Económico	Falta de control de fechas- informacion incompleta	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Verificacion del calendario de obligaciones- actualización y parametrización en el sistema de información de la universidad	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificar el calendario de las obligaciones- actualización y parametrización en el sistema de información de la universidad	1/4/2026	31/12/2026	Documento expedido por la Secretaría de Hacienda Departamenta (Ordenanza) Recibo oficial del pago mensual a la Secretaría de Hacienda	Profesional Universitario de la Unidad de Tesorería.	

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																						CÓDIGO	FO-DE-05								
	MAPA DE RIESGOS																						VERSIÓN	02								
																							FECHA	3/3/2026								
																							PÁGINA	VER PIE PAGINA								
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Líder Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R11	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Error en los porcentajes de los descuentos aplicados a los pagos, por conceptos de estampillas y retención de ICA	Económico	Tablas desactualizadas y desconocimiento de las normas vigentes	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	*Consultas frecuentes en la pagina web de la Secretaría de Hacienda Departamental. *Consultas frecuentes en la pagina Web de la Alcaldia de San José de Cúcuta.	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificar frecuentemente las actualizaciones realizadas por la Secretaría de Hacienda Departamental y Alcaldía. Actualización en el sistema de información financiera de la Universidad.	1/4/2026	31/12/2026	Documento expedido por la Secretaría de Hacienda Departamenta (Ordenanza) Recibo oficial del pago mensual a la Secretaría de Hacienda. Calendario Tributario	Profesional Universitario de la Unidad de Tesorería.
R12	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Pago extemporaneo liquidación Retención Industria y Comercio-ICA	Económico	Falta de control de fechas- Información incompleta	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Verificación del calendario de obligaciones- actualización y parametrización en el sistema de información de la universidad	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Verificar el calendario de las obligaciones- actualización y parametrización en el sistema de información de la universidad	1/4/2026	31/12/2026	Calendario Tributario	Profesional Universitario de la Unidad de Tesorería.
R13	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Debilidad en el proceso contractual por modalidad de contratación institucional en cada una de sus etapas (precontractual, contractual y poscontractual)	Económico y Reputacional	1. Estudios previos incompletos o mal elaborados 2. Inadecuada verificación de requisitos habilitantes 3. Incumplimiento del contratista 4. Fallos en plataformas de contratación	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	1. Verificación de documentación que corresponda con la especificación de los contratistas. 2. Verificación del cumplimiento de la orden por parte del contratista. 3. Revisión periodica del aplicativo WEB	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Revisión de la documentación y formatos pertinentes a los contratistas. 2. Seguimiento del aplicativo WEB. 3. Chequeo de la documentación presentada.	1/4/2026	31/12/2026	Verificación y chequeo de : Notas Internas Estudios Previos Certificados por parte de Entes de Control Ordnes CDP Cumplimiento CRP Cotizaciones, Propuestas o Presupuestos Hojas de Vida Cédula de Representante Legal Certificado de idoneidad Informe de Actividades. Seguimiento a la contratación por medio del aplicativo WEB	Auxiliar Vicerrectoria Administrativa / Auxiliar División Financiera
R14	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Administrativa	Incumplimiento en el proceso de carga de información en la plataforma de SIA OBSERVA en cada una de sus etapas (precontractual y contractual)	Económico y Reputacional	1. Subir erroneamente la documentación contractual. 2. Subir extemporaneamente la documentación contractual.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	1. Revisión y verificación de la documentación subida a la plataforma. 2. Planificación en la ejecución de los tiempos solicitados por la plataforma.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Revisión de la documentación y formatos de los contratistas subidos a la plataforma. 2. Sistema de alerta en la ejecución de los tiempos establecidos por la plataforma.	1/4/2026	31/12/2026	1. Reporte diario via correo electronico en formato excel del seguimiento de las ordenes realizadas.	Auxiliar Vicerrectoria Administrativa / Auxiliar División Financiera

 Universidad Francisco de Paula Santander siguiente generación	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-16
				VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	25/06/2022
				PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016					
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS	
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	3	2	
5/27/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	3	2	
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1	
30/8/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	9	0	
23/05/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	11	0	
10/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	9	0	

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																										CÓDIGO	FO-DE-05				
	MAPA DE RIESGOS																										VERSIÓN	02				
																											FECHA	3/3/2026				
																											PÁGINA	VER PIE PAGINA				
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Líder Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE							FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	INDICADOR ADECUADO									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Carencia de un sistema integrado de información	Reputacional	1. Falta de celeridad y confiabilidad en la información. 2. Uso de Herramientas de trabajo obsoletas. 3. Uso del software desactualizado necesario para el desarrollo de los procesos. 4. Retraso en la atención a los requerimientos internos y externos 5. Falta de herramienta para recepcionar situaciones administrativas	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	1. Presentar un cronograma de reuniones para dar a conocer la necesidad de implementar el sisteme integrado de información. 2. Identificar la documentación que deba ser avalada por gestión de calidad, la cual será necesaria para la implementación del sistema integrado de información.	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Presentación de la propuesta a fin de gestionar la aprobación de los recursos necesarios, llegando al analisis, diseño e implementación del sistemas integrado de información.	JUNIO	DICIEMBRE	Acta de Reunión con evidencia de la gestión y seguimiento a lo propuesto	Líderes de los Procesos: División de Recursos Humanos, Vicerrectoría Administrativa, División de Sistemas y Rectoria,
R2	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Deficiente espacio para el almacenamiento de la información física y digital	Reputacional	1. Ausencia de revision permanente del espacio para salvaguardar el almacenamiento de la información física y digital. 2. Revisión permanente de las condiciones apropiadas para el archivo de la documentación física. 3. Revisión de documentación para atender los procedimientos de vigencias anteriores que deban ser salvaguardados evitando la perdida total de la información.	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Requeriminto para revisión de cumplimiento de requisitos para preservar la documentación física y digital.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Solicitud y seguimiento a los requerimientos de cumplimiento de seguridad de la información física y digital	JUNIO	DICIEMBRE	Evidencias de comunicados y correos electronicos .	Líderes del procesos: talento humano, Gestión de tecnología y sistemas de información, gestión documental, personal responsable del archivo
R3	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Perdida de documentos de información de hojas de vida del personal	Reputacional	1. Error humano ante la incorrecta ubicación de las hojas de vida. 2. Acceso no autorizado al archivo físico de la dependencia y a la consulta de las hojas de vida. 3. Falta de digitalización de las hojas de vida para la conservación de la información. 4. Falta de procedimiento para la microfilmación conforme la tabla de retención documental 5. Falta de actualización de procedimietnos para las historias laborales	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	1. Aplicar los procedimientos para consulta de hojas de vida. 2. Autorizar al personal que corresponda para el ingreso al archivo físico.	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Solicitud y seguimiento a los requerimientos de cumplimiento de salvaguardar la información física	JUNIO	DICIEMBRE	Registro / Evidencias	Líderes del proceso de Talento Humano, Gesión documental y personal responsable del archivo.
R4	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Inoportuna contratación del personal	Reputacional	1. Falta de Oportunidad para revision de cumplimiento de requisitos de la contratación. 2. Falta de Oportunidad de obtención de novedades y afiliaciones del personal 3. Falta de verificación legalidad de documentos soporte de hoja de vida.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Bajo	1. Oportuna aprobación de las necesidades del personal. 2. Revisión de procedimientos para el ingreso y novedades del personal 3. Identificar la documentación que deba ser avalada por gestión de calidad, la cual será necesaria para aplicar en la contratación	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Presentar propuesta de planeación para las necesidades y aprobaciones de contratación oportunamente	JUNIO	DICIEMBRE	Registro / Evidencias	Líderes del proceso de Talento Humano, colaboradores de la contratación y gestión de calidad.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Lider Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE							FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R5	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Entrega inoportuna de novedades	Reputacional	1. Llegada tardía a la dependencia de aprobaciones de ingresos y retiros de personal 2. Falta de entrega inmediata por parte del trabajador a la dependencia de las incapacidades, licencias de maternidad y las situaciones de ausentismo 3. Llegada tardía de renunciaciones del personal	Operativo	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	1. Proyectar y socializar calendario para canalizar la obtención de las novedades que aplican a las nóminas mensuales del personal 2. Proyectar y socializar calendario para canalizar la obtención de las novedades que aplican a las nóminas mensuales del personal por parte de la Unidad de Tesorería y FAPROEM. 3. Identificar la documentación que deba ser avalada por gestión de calidad, la cual será necesaria para aplicar en las situaciones administrativas del personal	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Evitar el Riesgo	1. Presentar y socializar cronogramas para novedades 2. Propuesta de mejora de documentación	JUNIO	DICIEMBRE	Evidencias de comunicados y correos electronicos enviados	Lider del proceso de talento humano y colaboradores responsables de nomina
R6	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Requisitos normativos en Seguridad y Salud en el Trabajo aplicable a la Institución	Económico y Reputacional	1. No cumplimiento de normatividad legal en SST	Legales o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Dar cumplimiento a normatividad vigente	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Seguimiento al cumplimiento de requisitos	ENERO	DICIEMBRE	Actas de reunión Registros Fotográficos Listas de asistencia	SGSST
R7	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Manual en SST para contratistas y proveedores	Económico y Reputacional	1. No cumplimiento de normatividad legal en SST 2. Velar por la implementación del manual en SST a contratistas y proveedores	Legales o de Cumplimiento	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Socializar el manual al inicio de contratación	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Evitar el Riesgo	Socialización y seguimiento al cumplimiento de requisitos	ENERO	DICIEMBRE	Listas de chequeo Formato Seguimiento a requisitos de SST a contratistas y proveedores (FO-GH-44) Registros fotográficos	SUPERVISORES CONTRATOS
R8	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Omisión en pagos de seguridad social y parafiscales	Económico y Reputacional	1. Falta de procedimiento o rutinas para verificar la liquidación correcta de pagos mensuales	Fiscal	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Validar que sean correctos los valores a pagar conforme las liquidaciones efectuadas	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Asegurar mensualmente con el soporte del sistema de información la correcta formulación de liquidación	ENERO	DICIEMBRE	Registros mensuales	Lider de Gestión de Talento Humano, Profesionales liquidación nómina
R9	Gestión Talento Humano	División de Recursos Humanos	Cumplimiento oportuno en la expedición de certificaciones laborales	Económico y Reputacional	1. Alta demanda de requerimientos en expedición de certificados laborales. 2. Falta de herramienta tecnológica para generar los certificados laborales del personal activo e inactivo	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	1. Diseño y puesta en marcha del modulo de certificados laborales	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Presentar requerimiento del diseño y puesta en marcha del modulo para certificados laborales	ENERO	DICIEMBRE	Solicitud y seguimiento ante las dependencias	Lider de Gestión de Talento Humano, Profesionales soporte, División de Sistemas, Vicerectoria Administrativa

 Universidad Francisco de Paula Santander siguiente educación	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/3/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estrategico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN ESTUDIANTIL				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	4
4/30/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	3
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	6	3
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	17	9	8
15/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	18	10	9
24/04/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	23	17	6
10/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	9	2

		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																				CÓDIGO	FO-DE-05									
		MAPA DE RIESGOS																				VERSIÓN	02									
																						FECHA	3/3/2026									
																						PÁGINA	VER PIE PAGINA									
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Lider Direcciónamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 -ANÁLISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASOCIADA									EVIDENCIAS				
R1	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Insatisfacción de los usuarios que realizan consultas de manera presencial en la Oficina de Admisiones y Registro Académico.	Reputacional	A. Falta de aplicación de los elementos conceptuales y practicos desarrollados en las capacitaciones del personal realizadas en los últimos 3 años B. Falta de compromiso institucional de prestar un servicio de calidad de las personas C. Existencia permanente de quejas sobre la información suministrada para realizar tramites por parte de los usuarios	Operativo	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Evaluación al personal en formación de atención al cliente. B. Utilización de Rotación del portafolio con preguntas frecuentes	Correctivo	Manual	20%	Documentado	Si	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	80%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Presentación de informe del tipo de quejas por los medios de comunicación institucionales. 2. Actualización del rotafolio. 3. Evaluación de los conocimientos adquiridos en los ultimos 3 años de atención al ciudadano (individual e institucional). 4.Presentación de informes sobre cuántas personas se atienden en la semana y el semestre, y el tipo de solicitudes.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Informe del tipo de quejas 2. Actas de las evaluaciones, firmas de los asistentes. 3. Informes semanales y semestrales con los totales de personas atendidas y un despliegue de los tipos de solicitudes.	Auxiliar administrativo de Ventanilla. Vicerrectora Asistente de Estudios. Auxiliares administrativos Profesional Calidad
R2	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Demora en la atención oportuna en las solicitudes que requieran tener actualizados los documentos de historia académica de los estudiantes de pregrado	Reputacional	A. Desactualización del documento de identidad que reposa en la historia académica de los estudiantes de pregrado. B. Incumplimiento de metas semanales del auxiliar administrativo a cargo. C. Deficiente planeación de los auxiliares administrativos para el cumplimiento de metas. D. Envío inoportuno de las solicitudes recibidas al personal involucrado.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Actualización de documento en el SIA. B. Registro en el cuadro de control de las solicitudes de estudiantes.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	1. Presentación de informe semestral de los estudiantes que solicitaron actualización del documento de identidad 2. Historico de terminaciones de materia rechazadas por documento de identidad desactualizado. 3. Requisito obligatorio en Divisist actualización de información y envío de documento de identidad para generar liquidación.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Módulo de Información Académica. 2. Registro de las solicitudes de estudiantes. 3. Documento soporte de la actualización.	Auxiliar administrativo
R3	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Pérdida de historia académica del archivo de la dependencia	Reputacional	A. Se realiza el préstamo de las historias académicas al personal de ventanilla, no la regresan el mismo día. B. Excesivo número de historias académicas que no se archivan diariamente. C. No se realiza un seguimiento estricto en la base de datos de las historias académicas requeridas.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Registro actualizado en la herramienta de google de la información de historias académicas que requieren salida del archivo. B. Seguimiento diario de la devolución de historias académicas prestadas.	Correctivo	Manual	20%	Documentado	Si	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	60%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Seguimiento de la devolución diaria de las historias académicas por cada auxiliar administrativo. 2. Los auxiliares administrativos de ventanilla deben realizar un reporte diario y semanal de las historias académicas prestadas y devueltas.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Seguimiento. 2. Formulario de google.	Profesional Calidad Auxiliar administrativo de Ventanilla Auxiliar administrativo de archivo
R4	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Desactualización de la historia académica en los estudiantes que solicitan el Cambio de pensum.	Reputacional	A. Una deficiente identificación de los estudiantes que han realizado cambios de pensum en los diferentes programas académicos.	Operativo	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Sistematización semestral de las solicitudes recibidas para Cambios de Pensum por Programas Académicos. B. Seguimiento de la formalización del Cambio de Pensum en la Historia Académica del Estudiante.	Correctivo	Manual	20%	Sin Documentar	NO	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	80%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Revisión de las historias académicas de los estudiantes identificados en cambio de pensum 2. Actualización de la nueva historia académica del estudiante respecto a hoja de vida, resolución y formato interno.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Informe 2. Sistematización por facultades.	Profesional Calidad Auxiliar administrativo de Ventanilla Auxiliar administrativo de Archivo Secretaria de la vicerrectoría
R5	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Inadecuado uso de insumos	Económico y Reputacional	A. Duplicidad de información en documentos B. Poca concientización de los insumos otorgados	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Inventario de insumos	Correctivo	Manual	20%	Documentado	Si	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	60%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Registro de los insumos solicitados y entregados al personal. 2. Sensibilización del uso de papelería	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Formato de registro de insumos solicitados y otorgados	Profesional de Inventario
R6	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Desconocimiento de los lineamientos para la matrícula académica y financiera para el estudiante crédito	Reputacional	A. Deficiente lineamientos institucionales para la admisión y matrícula de estudiante credito	Operativo	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	A. Lineamientos institucionales	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Herramienta tecnologica para la inscripción y cargue de documento de estudiantes crédito. 2. Creacion del procedimiento para estudiante crédito. 3. Socialización del Rotafolio de tramites con informacion de estudiante credito.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	1. Formato de registro, procedimiento, instructivo y Rotafolio	Auxiliar administrativo
R7	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Ocultar o difundir información de condición reservada	Reputacional	A. Incumplimiento del compromiso de confidencialidad	Corrupción	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	A. Asignación de funciones de acuerdo a la actividad que se desempeña B. Seguimiento Camaras de seguridad C. Revisión del control de la información y su respectiva actualización	Correctivo	Manual	20%	Documentado	Si	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	60%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Revision de etiquetas asignadas en el correo institucional. 2. Actualización del control de los envios automaticos en el correo.	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	Registro cambio de los envios automaticos	Auxiliar administrativo Vicerrectora Asistente de Estudios
R8	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Recibir dadvias para la agilización de los tramites	Económico y Reputacional	A. Cobro por la pronta realización de los tramites	Corrupción	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	A. Capacitar al personal de la oficina para la oportuna atención del código de integridad de los servidores publicos de la Universidad Resolucion 0176 del 08 de marzo 2023	Correctivo	Manual	20%	Documentado	Si	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	20%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Sensibilización en la transparencia de los procesos 2. Divulgación de la prohibición de recibir dávivas a auxiliares presenciales (cartelera)	ENERO DEL 2026	ENERO DEL 2027	Listas de asistencias y piezas publicitarias	Profesional Calidad Auxiliar administrativo

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Lider Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASIGNADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R9	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Incumplimiento en la ejecución de horas académicas contratadas por docentes de posgrado que genere reconocimiento de horas no ejecutadas o afectación del servicio académico.	Económico y Reputacional	Debilidad en los mecanismos institucionales de seguimiento y control efectivo al cumplimiento total de las horas académicas contratadas, pese a la existencia de verificaciones realizadas por la División de Posgrados.	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Seguimiento por parte de la División de Posgrados al cumplimiento de las horas académicas contratadas mediante verificación de reportes de actividades docentes, revisión de programación académica y conciliación con registros de ejecución durante el periodo académico.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado		Comparar o Transferir el Riesgo	1. Implementar formato institucional estandarizado para el seguimiento al cumplimiento de horas académicas contratadas en programas de posgrado. 2. Supervisar las horas contratadas de los docentes por módulo que corresponda con las horas de asistencia registradas en el formato de control. 3. Solicitar informe de cumplimiento de actividades académicas a docentes vinculados a programas de posgrado. 4. Socializar con coordinaciones de programa los resultados del seguimiento al cumplimiento de horas docentes para fortalecer el control académico.			1/2/2026
R10	Gestión Administrativa y Financiera	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Formalización de matrícula en programas de posgrado con verificación incompleta o extemporánea de requisitos académicos y administrativos, pese a la existencia de procedimiento institucional definido.	Reputacional	Aplicación parcial, inconsistente o extemporánea del procedimiento institucional para la verificación de requisitos académicos, administrativos y financieros previos a la formalización de la matrícula, por parte de las Direcciones de Programa, así como debilidades en el seguimiento sistemático y oportuno al cumplimiento de dicho procedimiento antes del registro definitivo de matrícula en los programas de posgrado.	Operativo	Casi seguro	Muy Alta	100%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Alto	Aplicación del procedimiento institucional de verificación documental de requisitos académicos, administrativos y financieros previo a la formalización de matrícula, mediante revisión de soportes exigidos y validación por parte de la División de Posgrados antes del registro definitivo en el sistema académico institucional y del avance en los periodos académicos del programa.	Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	100 %	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	1. Fortalecer la aplicación del procedimiento institucional de verificación de requisitos académicos, administrativos y financieros previo al registro definitivo de matrícula en programas de posgrado. 2. Implementar lista de chequeo institucional estandarizada para el seguimiento al cumplimiento del procedimiento de verificación documental. 3. Realizar verificación periódica del cumplimiento de la entrega de notas y envío de comprobantes de pago. 4. Consolidar registro semestral de estudiantes matriculados con validación documental incompleta de requisitos exigidos institucionalmente de tipo académico (notas originales) y financiero (pago de matrícula y derechos pecunarios) del semestre en curso.	1/2/2026	20/12/2026	Lista de chequeo de la División de Posgrados. Correos enviados a los estudiantes que adeudan documentos o pagos.	División de Posgrados y Educación Continuada
R11	Gestión Estudiantil	Vicerrectoría Asistente de Estudios	Asignación de beneficios económicos en programas de posgrado con verificación incompleta de requisitos normativos o sin validación integral de disponibilidad presupuestal, pese a la existencia de mecanismos institucionales de revisión.	Económico y Reputacional	Aplicación incompleta de la verificación documental de requisitos para otorgamiento de beneficios económicos antes de su aprobación por el Comité Curricular, por debilidades en el procedimiento institucional basada en la norma.	Financiero	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Existencia del procedimiento institucional de revisión y aprobación de beneficios económicos en programas de posgrado mediante lista de verificación documental del cumplimiento de requisitos establecidos, validación de disponibilidad presupuestal y aprobación por parte del Comité Curricular antes de su asignación.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Evitar el Riesgo	1. Elaborar el procedimiento institucional para la revisión y aprobación de beneficios económicos en programas de posgrado. 2. Implementar lista de chequeo institucional para verificación del cumplimiento de requisitos normativos antes de la asignación de beneficios económicos. 3. Solicitar certificación de disponibilidad presupuestal previa a la aprobación de beneficios económicos. 4. Consolidar registro semestral de beneficios económicos otorgados con sus respectivos soportes documentales. 5. Archivar actas del Comité Curricular donde relacionan los estudiantes admitidos y el tipo de beneficio de exención asignado por el respectivo programa. 6. Verificar con Recursos humanos la vinculación activa como docente UFPS y el cumplimiento de la contraprestación a los beneficiados con el 60%; solicitar la resolución de graduado sobresaliente UFPS por medalla en plata, tesis laureada o meritoria; solicitar a los beneficiados del 50% docentes de Cataumbo, presentar certificado de vinculación en la Zona y el contrato de contraprestación.	1/2/2026	20/12/2026	Actas de Comité Curricular de los Programas de Posgrados. Solicitudes de resoluciones de estudiantes sobresalientes beneficiados como graduados de la UFPS.	División de Posgrados y Educación Continuada

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-16
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	25/06/2022
			PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	16	12	4
6/28/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	8	3
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	8	3
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
8/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
20/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
8/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																										CÓDIGO	FO-DE-05					
	MAPA DE RIESGOS																										VERSIÓN	02					
																											FECHA	3/3/2026					
																											PÁGINA	VER PIE PÁGINA					
ELABORÓ													REVISÓ													APROBÓ							
Líder Direccionamiento Estratégico													Equipo Operativo de Calidad													Líder de Calidad							
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE							FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN		
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FECHA DE INICIO									FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN	
R1	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Desactivación del servicio de consulta de bases de datos por no renovación	Reputacional	Insuficientes asignación de recursos/ no asignación del recurso	Financiero	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Plan presupuestal anual	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	NO	NO	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir el Riesgo	Gestionar recursos	1/1/2026	31/12/2026	BASES DE DATOS NO RENOVADAS	Jefe División de Biblioteca
R2	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Desactualización de los recursos bibliográficos por no compra de nuevas ediciones físicas o electrónicas	Reputacional	Recursos insuficientes	Financiero	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Plan presupuestal anual	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	NO	NO	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir el Riesgo	Gestionar recursos	1/1/2026	31/12/2026	LIBROS FISICOS	Jefe División de Biblioteca
R3	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Afectación a la salud de los funcionarios y estudiantes por residuos tóxicos en los cielo raso	Reputacional	Cielo raso con sustancias toxicas	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Revisión de espacios laborales	Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	60%	Leve	48%	Alto	Evitar el Riesgo	Cambio de cielo raso	1/1/2026	31/12/2026	AIRES	Jefe División de Biblioteca
R4	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Daño de equipos por uso y entrega de audífonos y sala virtual con elementos dañados o por fallas electricas	Reputacional	Mal uso de los recursos por parte de los usuarios, sobrecargas electricas	Tecnológico	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Bajo	Revisión en la entrega de los audífonos	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Menor	40%	Bajo	Reducir el Riesgo	Política de entrega, control de inventario	1/1/2026	31/12/2026	RED ELECTRICA	Jefe División de Biblioteca
R5	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Deficiente servicio de internet y consulta	Reputacional	Red de datos deficiente fallos de hardware y software	Tecnológico	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Mantenimiento de la red de datos e infraestructura tecnológica	Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	80%	Leve	64%	Alto	Evitar el Riesgo	Implementar proyectos de nueva red de datos e infraestructura tecnológica	1/1/2026	31/12/2026	HARDWARE	Jefe División de Biblioteca
R6	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Descarga de sitios no autorizados o de dudosa confiabilidad	Económico y Reputacional	No restrucción general de sitios web	Tecnológico	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Bajo	Restricciones portales y sitios web no autorizados	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	10%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Restricciones portales y sitios web no autorizados	1/1/2026	31/12/2026	NO HAY EVIDENCIAS AL RESPECTO	Jefe División de Biblioteca
R7	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Deterioro de material de libros físico	Económico y Reputacional	insuficiente dotación de materiales para el mantenimiento adecuado o incumplimneto de sanciones	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Gestion de dotación de material de mantenimiento	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	Gestion de dotación de material de mantenimiento	1/1/2026	31/12/2026	DAÑO DE LIBROS	Jefe División de Biblioteca
R8	Gestión de Servicios Académicos y Bibliotecarios	Vicerrectoría Asistente Investigación y Extensión	Disminución del inventario y estado de los libros	Económico y Reputacional	Destrucción de recursos, incumplimiento de la norma de sanciones, insuficiene control del personal de vigilancia a la salida e insuficientes insumos para reparación de los mismos	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Personal autorizado revision permanente en uso de libros en salas, sistemas de control automatizados	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	Personal autorizado revision permanente en uso de libros en salas, sistemas de control automatizados	1/1/2026	31/12/2026	NO HAY EVIDENCIAS AL RESPECTO	Jefe División de Biblioteca

 Universidad Francisco de Paula Santander Vigilado Mineducación	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-05	
				VERSION	2	
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	3/03/2026	
				PAGINA	VER PIE PÁGINA	
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ		
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad		
PROCESO GESTIÓN DE COMUNICACIONES						
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016						
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		DESCRIPCIÓN		TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
16/04/2018		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		3	3	0
1/08/2019		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		3	3	0
30/08/2023		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		5	5	0
19/11/2024		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		6	6	0
7/04/2025		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		6	6	0
16/03/2026		ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO		5	5	0

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																										CÓDIGO	FO-DE-05					
	MAPA DE RIESGOS																										VERSIÓN	02					
																											FECHA	3/3/2026					
																											PÁGINA	VER DE PAGINA					
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ													
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad													
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN		
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN	
R1	Gestión de Comunicaciones	Oficina de Prensa y Comunicaciones	Publicación de información institucional incorrecta o sin verificación en los canales oficiales de comunicación.	Reputacional	Falta de verificación de fuentes, presión por publicar rápidamente o ausencia de protocolos de revisión editorial.	Operativo	Casi seguro	Muy Alta	100%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	Compra anual de las licencias	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	60%	Leve	100 %	Moderado	Evitar el Riesgo	Gestionar la adquisición de la compra oportuna de licencias.	Enero año calendario	Diciembre año calendario	Solicitud de oportunidad y conveniencia	Coordinador del CECOM y dependencias	
R2	Gestión de Comunicaciones	Oficina de Prensa y Comunicaciones	Manejo inadecuado o filtración de información institucional sensible antes de su publicación oficial.	Reputacional	Falta de controles en el manejo de información, accesos no controlados a documentos o falta de protocolos de confidencialidad.	Estratégico	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Control de acceso a documentos institucionales y lineamientos internos para el manejo de información confidencial.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Establecer protocolos de confidencialidad, restringir acceso a información sensible y sensibilizar al equipo sobre el manejo responsable de la información.	Enero año calendario	Diciembre año calendario	Actas de socialización de lineamientos, correos institucionales, registros de control de documentos.	Coordinador del CECOM y dependencias	
R3	Gestión de Comunicaciones	Oficina de Prensa y Comunicaciones	Sanción por uso de equipos sin licencias legales.	Económico y Reputacional	Falta de licencias de Software para los equipos de trabajo.	Legal o de Cumplimiento	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Compra anual de licencias.	Preventivo	Automático	99%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	Gestionar la adquisición de la compra oportuna de licencias.	Enero año calendario	Diciembre año calendario	Solicitud de oportunidad y conveniencia	Coordinador del CECOM y dependencias	
R4	Gestión de Comunicaciones	Oficina de Prensa y Comunicaciones	Uso inadecuado de material con derechos de autor en publicaciones institucionales	Económico y Reputacional	Desconocimiento de normas de derechos de autor o uso de contenidos sin licencias o sin citación adecuada.	Estratégico	Casi seguro	Muy Alta	100%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	Mantenimiento preventivo de equipos.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	Registro y documentación de mantenimiento preventivo de equipos y accesorios.	Inicio de semestre académico	Transcurso de semestre académico.	Documento de registro.	Soporte técnico de la UFPS.	
R5	Gestión de Comunicaciones	Oficina de Prensa y Comunicaciones	Deterioro de los equipos y accesorios existentes.	Económico	Falta de mantenimiento a equipos y accesorios de manera semestral.	Operativo	Casi seguro	Muy Alta	100%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	Implementación de controles de mantenimiento preventivo, uso adecuado de los equipos y registro de inventario institucional.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir el Riesgo	Realizar mantenimiento preventivo periódico a los equipos, promover el uso adecuado de los mismos por parte del personal, llevar control de inventario y reportar oportunamente fallas o daños a las áreas correspondientes para su reparación o reposición.	Inicio de semestre académico	Transcurso de semestre académico.	Documento de registro.	Coordinador del CECOM, dependencias y equipo de soporte técnico	

 Universidad Francisco de Paula Santander Vigilancia y Riesgos	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	2
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/03/2026
			PAGINA	VER PIE PÁGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN LEGAL				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
5/27/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	7	0
10/10/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	10	9	1
19/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
26/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
20/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
																								VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/3/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ											APROBÓ														
Líder Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad											Líder de Calidad														
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS				AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN		
No.	PROCESO SIGC - UPFS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CAUSACIÓN	DOCUMENTACIÓN									FRECUENCIA ADECUADA	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN	
R1	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	Desatención y/o demora en las acciones de tutela	Reputacional	Omisión en la asignación oportuna de asesor jurídico y/o del asesor jurídico en la contestación	Operativo	Casi seguro	Muy Alta	100%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	Seguimiento por parte de la Jefe de la Oficina jurídica	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	Informe anualizado del estado de los procesos a la procuraduría regional y a la alta dirección	ENERO	DICIEMBRE	Respuesta Acción de Tutela	Jefe de la Oficina Jurídica
R2	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	Indebida utilización de las herramientas de trabajo	Económico y Reputacional	Pérdida o daño permanente de los elementos de trabajo	Corrupción	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Seguimiento por parte de la Jefe de la Oficina jurídica	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	Revisión periódica del estado de los elementos asignados al área de jurídica, y solicitud de mantenimiento preventivo y correctivo semestral.	ENERO	DICIEMBRE	Solicitudes de mantenimiento a División de Sistemas	Jefe de la Oficina Jurídica
R3	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	No interponer recursos oportunamente	Económico y Reputacional	Omisión por parte del asesor jurídico externo	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Seguimiento por parte de la Jefe de la Oficina jurídica	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	Asignar un responsable revisar diariamente el correo electrónico notificacionesjuridicas@ufps.edu.co. y remitir al Apoderado la decisión para el respectivo recurso	ENERO	DICIEMBRE	Seguimiento mensual con el informe de actividades	Jefe de la Oficina Jurídica
R4	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	No presentación o contestación de demandas dentro de termino	Económico y Reputacional	Omisión por parte del asesor jurídico externo	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Asignar el proceso a un apoderado externo de manera oportuna	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	Otorgar Poder y mensualmente revisar el informe de cumplimiento de actividades	ENERO	DICIEMBRE	Escrito de Contestación o presentación de Demanda	Jefe de la Oficina Jurídica
R5	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	Pérdida de documentación por parte del jurídico al proceso	Económico y Reputacional	Custodia de los archivos a cargo	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	Implementar la digitalización y contar con un archivo electrónico en la nube	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Evitar el Riesgo	Implementación de base de datos confiables, actualizadas y con ingreso controlado de las actuaciones	ENERO	DICIEMBRE	Base de datos actualizada en tiempo real.	Jefe de la Oficina Jurídica
R6	Gestión Legal	Oficina Jurpídica	Sentencias en Contra en Firme	Económico y Reputacional	Analizar la probabilidad de iniciar acción de repetición e iniciar la demanda	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Seguimiento Mensual por parte de la Jefe de la Oficina jurídica a las sentencias judiciales en firme	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir el Riesgo	Asignar Apoderado Externo para adelantar el trámite	ENERO	DICIEMBRE	Seguimiento mensual con el informe de actividades	Jefe de la Oficina Jurídica

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/3/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
5/27/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	7	0
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	10	9	1
19/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	3	3
8/09/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	3	3
6/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	4	3

		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																				CÓDIGO	FO-DE-05									
		MAPA DE RIESGOS																				VERSIÓN	02									
																						FECHA	3/3/2026									
																						PÁGINA	VER PIE PÁGINA									
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Lider Direcciónamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASOCIADA									FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN			
R1	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	Desconocimiento de los funcionarios administrativos en algunos aspectos relacionados con el proceso de gestión documental.	Reputacional	1. Ausencia de un Programa de Capacitación y Formación de los funcionarios de la UFPS, que les permita cualificarse en los procesos de gestión, favoreciendo la implementación, seguimiento y supervisión del Programa de Gestión Documental al interior de la institución y a la luz de la normatividad vigente del AGN. 2. Capacitaciones definidas en el Programa Gestión Documental - PGD.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	a) realización de un diagnóstico sobre las falencias en cuanto conocimientos relacionados con el AGN y la aplicación en los procesos internos de la UFPS b) Diseñar y aplicar un programa de capacitaciones y asesorías a los funcionarios de las dependencias de la UFPS con base en el diagnóstico de necesidades c) Ofertar el servicio de asesoría por medio de los diferentes medios de comunicaciones existentes en la UFPS: Vídeos informativos, asesoría telefónica, asesoría presencial con temas sobre aplicación de imagen corporativa, organización de documentos de archivos electrónicos, foliación electrónica, identificación series y/o subseries, tiempos de retención reflejados en la TRD, transferencias, uso adecuado de íconos en el sistema datarsoft, procedimientos de respuesta de los PQRSDF y términos de ley, actualización de claves, entre otros. d) participar en la actualización y socialización de los documentos de Gestión Documental, teniendo en cuenta las necesidades internas de la UFPS y la normatividad del AGN.	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	a) Diagnóstico de necesidades por dependencias b) realización y puesta en marcha del plan de capacitación en AGN según el diagnóstico realizado c) socialización de acciones a través de los diferentes medios de comunicación de la UFPS. d) evaluación y seguimiento al cumplimiento del plan de capacitación y resultados para evidenciar indicadores de mejora con relación al conocimiento y manejo de los procesos relacionados con la Gestión Documental.	2/2/2026	30/12/2026	a) Evidencia de firmas de asistencia en el Formulario de registro de capacitaciones b) evidencias fotográficas de las capacitaciones c) evidencia de vídeos educativos d) evidencias de ejecución del plan de capacitación; e) evidencias de evaluación del plan de capacitación.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de cada dependencia (UGAD y Archivo de la UFPS).
R2	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	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 debían 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.	Reputacional	a) desconocimiento de la normatividad interna de la UFPS y el AGN con relación a los documentos que pueden eliminarse excepto los que están sujetos a un plazo legal de retención, no tengan valor histórico ni patrimonial entre otros b) incumplimiento en la verificación de los documentos a eliminar por parte de la dependencia y del funcionario responsable del archivo central que brinda la asesoría. c) Eliminación de documentos de apoyo o información general que pierden su utilidad o vigencia, sin quedar registro de esto en un acta de eliminación aprobada por el comité de archivo. d) Deficiencias en la socialización y sensibilización del Código de Integridad de la Universidad.	Corrupción	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	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 aplicación del código de integridad.	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	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) Notificar a la dependencia la aprobación o rechazo del acta de eliminación.	2/2/2026	30/12/2026	a)folios de solicitud de eliminación de documentos de apoyo por parte de las dependencias; b) actas de eliminación reconstruidas y aprobadas en Comité Interno de Archivo; c) actas de Comité de Archivo con los registros; d) publicación de las actas de eliminación en la página web de la UFPS. Notificación de aprobación del Acta de eliminación por parte del Comité Interno de Archivo se envía por Datarsoft. Registro asistencia a jornadas de socialización y sensibilización.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de cada dependencia (UGAD y Archivo de la UFPS).
R3	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	Incumplimiento en los tiempos establecidos de ley para dar respuesta oportuna a los PQRSDF	Reputacional	a) ausencia en cuanto a interés y compromiso para hacer seguimiento y supervisión del aplicativo web de los PQRSDF por parte de los jefes de líderes de algunas dependencias. b) inasistencia a las capacitaciones generales donde se socializó el aplicativo web de los PQRSDF que conllevan al desconocimiento en cuanto a la importancia de su ejecución en los tiempos de ley. c) ausencia de planes de mejoramiento en cada dependencia para solventar o solucionar las respuestas tardías a los PQRSDF.	Operativo	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	a)entrega del informe a las dependencias que incumplen con los tiempos de ley para entrega de los PQRSDF. b) solicitud de plan de mejoramiento con base en el informe entregado por la UGAD. c) supervisión, seguimiento y control de los líderes de las dependencias a los planes de mejoramiento. d) mantener el monitoreo permanente de los PQRSDF con los recordatorios para las respuestas en los tiempos de ley.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	40%	Leve	20%	Moderado	Evitar el Riesgo	a) socializar el informe estadístico trimestral y anual a las dependencias con novedades en cuanto a los tiempos de respuesta de los PQRSDF b) brindar apoyo a los planes de mejoramiento planteados por las dependencias con asesorías y capacitaciones según corresponda c) mantener los recordatorios por los diferentes medios de comunicación de la UFPS y desde el aplicativo web de Datarsoft para recordar el cumplimiento de los tiempos de respuesta de los PQRSDF en tránsito d) informe a la oficina de control interno de gestión de las dependencias que continúan con falencias con relación a las respuestas oportunas de los PQRSDF para su consideración.	2/2/2026	30/12/2026	a) Informes trimestrales y condensados anuales b) oficios o comunicaciones desde el sistema DataSoft o correos electrónicos que evidencien los recordatorios a las dependencias para dar respuesta en los tiempos de ley a los PQRSDF c) oficios con solicitud de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos en cuanto a corrección en las respuestas dentro de los tiempos de ley de los PQRSDF d) informar al jefe de la oficina de control de gestión sobre la presencia o mejoras en las novedades relacionadas con los PQRSDF.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de la UGAD responsable del seguimiento y control a los PQRSDF a través de la plataforma del aplicativo web.

		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																				CÓDIGO	FO-DE-05											
		MAPA DE RIESGOS																				VERSIÓN	02											
																						FECHA	3/3/2026											
																						PÁGINA	VER PIE PÁGINA											
ELABORÓ							REVISÓ							APROBÓ																				
Líder Direcciónamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad							Líder de Calidad																				
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE							FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES							FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL							FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN			
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FECHA DE INICIO									FECHA DE TERMINACIÓN						
R4	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	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 herramientas tecnológicas.	Económico	a) desconocimiento en el protocolo de recepción, radicación y transferencia de los documentos desde el personal de contrato a cargo de la UGAD b) desconocimiento del personal de contrato en el protocolo de manejo, préstamo y disposición de los documentos de Archivo Central de la UFPS según la AGN c) diligenciamiento inapropiado en las planillas de radicación que hace parte de un mecanismo de control en la UGAD d) deficiencias en el control y seguimiento de los documentos que se solicitan para consulta y préstamo del archivo Central e) Ausencia de herramientas tecnológicas que faciliten sistematización, archivo, seguimiento y control de los documentos según la ley de AGN.	Corrupción	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	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 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".	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	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 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.	2/2/2026	30/12/2026	Registros en: Documento con plan de mejoramiento; listas de chequeo; Planillas y formato de Préstamo y Consulta de Documentos; listas de asistencia a mesas de trabajo; internet; digitalización de documentos.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de la UGAD		
R5	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	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.	Económico	a) Deficiencias en el sistema de gestión documental que conlleva a fallas en la seguridad de la información; b) incumplimiento de la normatividad relacionada con la protección de los datos que conlleva al uso indebido de esta; c) pérdida en el control de la información y manejo de ella por terceras personas.	Corrupción	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	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.	Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	60%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	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.	2/2/2026	30/12/2026	a) Registros de asistentes a capacitaciones relacionadas con Gestión documental, y archivo, tratamiento de datos personales, custodia y seguridad de la información y la adopción de nuevas tecnologías que favorezcan el control de los datos b) ausencia de eventos adversos relacionados con fallas en la custodia, seguridad y pérdida de datos.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de la UGAD y Archivo Central.		
R6	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	a) Incumplimiento a la normatividad vigente y de ley relacionada con la recepción, respuestas y publicación de los PQRSDF desde el aplicativo web de la UFPS por parte de las dependencias b) presentación de informes con datos faltantes o incompletos relacionados con los PQRSDF presentados a la oficina de control interno de Gestión c) presentación de informes trimestrales o anuales tardíos.	Reputacional	a) desconocimiento de la comunidad académica y administrativa con relación a la importancia y puesta en marcha del marco normativo vigente relacionado con los PQRSDF b) fallas en el aplicativo web de los PQRSDF que favorezca la completitud de la información a socializar en los informes relacionados con datos, tiempos entre otros c) desinterés o apatía para la generación de planes de mejoramiento que favorezcan el seguimiento, control y respuesta del aplicativo web de los PQRSDF que afectan los informes en los tiempos establecidos.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	a) socialización de falencias, inconvenientes, requerimientos y novedades del aplicativo web PQRSDF con el equipo de Divisist y el personal de la oficina de Control Interno de Gestión para realizar los cambios necesarios que permita corregir las situaciones que se presentan en la medida que se utiliza el aplicativo. b) Identificar los factores externos o internos que puedan afectar la entrega de informes completos y a tiempo a las dependencias de control c) gestionar con las dependencias responsables las necesidades con el aplicativo web - PQRSDF para dar solución a los inconvenientes en los tiempos apropiados.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	a) Realizar la supervisión y seguimiento a los oficios enviados a Divisist con la descripción de los requerimientos para obtener soluciones efectivas. b) realizar seguimiento, supervisión y control de las novedades. c) anexar a los informes las evidencias de la gestión realizada. d) dejar los registros en las actas del Comité de Archivo que permita dar cuenta de la trazabilidad de las acciones ejecutadas; e) realizar capacitaciones que favorezcan la actualización del personal con relación al tema; desde la comprensión del aplicativo, utilización y manejo de las respuestas y resultados.	2/2/2026	30/12/2026	a) listado de asistencia a las capacitaciones b) Oficios enviados a DIVISIST a través del Datarsoft que evidencie los requerimientos y soluciones dadas (permite llevar una trazabilidad de los eventos) c) actas del Comité de Archivo que evidencie la presentación de la novedad y solución a las necesidades d) informes con anexos de la gestión realizada, respuesta a las novedades y evaluación periódica de los procesos realizados y resultados.	a) Coordinador de la Gestión y Atención Documental b) personal administrativo de contrato de cada dependencia (UGAD y Archivo de la UFPS) c) Jefe de Divisist.		
R7	Gestión Documental	Unidad de Gestión y Atención Documental	Se identifica riesgo de congestión en el archivo central, lo cual podría derivar en la acumulación de documentos debido a la limitación del espacio disponible.	Económico	Se evidencia la falta de herramientas tecnológicas y redes de internet para la digitalización documental, lo cual limita la evacuación de archivos y la disponibilidad de espacio para nuevas transferencias primarias.	Financiero	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Informar al comité interno de archivo para realizar las debidas mejoras	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Evitar el Riesgo	Documentar los informes ante el área correspondiente para el envío (comité interno de archivo) y trazabilidad dependiendo a donde escale la situación para la mejora	2/2/2026	30/12/2026	listado de comunicaciones que se realice para informar la problemática y esperar pronta solución.	Coordinador de la Gestión y Atención Documental y personal administrativo de contrato de cada dependencia (UGAD y Archivo de la UFPS).		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/3/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estrategico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
5/27/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	4	1
12/21/2020	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	7	0
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	10	9	1
14/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	15	15	0
29/04/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	15	14	1
9/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	14	13	1

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																								CÓDIGO	FO-DE-05										
	MAPA DE RIESGOS																								VERSIÓN	02										
																									FECHA	3/3/2026										
																									PÁGINA	VER PIE PAGINA										
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ																
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad																
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL						FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL								
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIO S DE PROBABILI DAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN					
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACION DEL RIESGO																						TIPO	IMPLEMENTACIÓN			CALEBRACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASIGURADA		
R9	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	DAÑO EN LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Económico y Reputacional	Deficiencias en los controles de seguridad de la información, relacionadas con la gestión de accesos, asignación de roles y monitoreo de los sistemas, que pueden facilitar la materialización de amenazas como malware o ransomware.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	Implementación de políticas de seguridad de la información en los dispositivos informáticos institucionales, que incluyan la gestión de accesos y asignación de roles de usuario, así como la instalación y actualización permanente de software antivirus, actualización de los sistemas operativos y el monitoreo continuo de los equipos, con el fin de prevenir incidentes de seguridad como malware o ransomware.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	100%	Bajo	Evitar el Riesgo	Realizar la instalación y actualización de software antivirus en los equipos institucionales, la gestión y bloqueo de cuentas de usuario según corresponda, y el monitoreo diario del estado de conectividad de las computadoras a las herramientas de control de seguridad, con el fin de verificar el correcto funcionamiento del antivirus y la actualización del sistema operativo.	21/01/2026	20/06/2026	1. Reportes generados desde el dashboard del antivirus que evidencien el estado de protección y actualización de los equipos. 2. Inventario actualizado de activos tecnológicos, y registros de usuarios con la asignación de roles y control de accesos, como soporte del monitoreo y gestión de la seguridad de la información.	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIERO DE SERVIDORES)				
R10	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	DAÑO EN LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Económico y Reputacional	Posibles fallas en la gestión, operación y supervisión de los controles de acceso físico (biométrico, vigilancia permanente y circuito cerrado de televisión) en la División de Sistemas, particularmente en la sala de servidores, que podrían permitir el ingreso no autorizado a áreas críticas.	Tecnológico	Improbable	Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	Acceso biométrico y vigilancia permanente	Preventivo	Automático	50%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	20%	Leve	100%	Bajo	Evitar el Riesgo	Implementar y garantizar el funcionamiento continuo de los sistemas de control de acceso biométrico y la vigilancia física permanente las 24 horas del día, apoyados en el circuito cerrado de televisión, en la División de Sistemas, específicamente en la sala de servidores.	21/01/2026	20/06/2026	Registros generados por el sistema biométrico de control de acceso, bitácoras de ingreso y salida del personal, reportes de vigilancia 24/7, así como grabaciones y reportes del circuito cerrado de televisión (CCTV) que evidencien el control de acceso a la División de Sistemas y a la sala de servidores.	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIERO DE SERVIDORES)				
R11	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	PÉRDIDA DE LA INFORMACIÓN	Económico y Reputacional	Debilidades en la gestión de los procesos de respaldo de la información, relacionadas con la falta de monitoreo, verificación y control en la ejecución de las copias de seguridad de las máquinas virtuales y bases de datos institucionales.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Bajo	Gestión de la adquisición y renovación de licencias del software de copias de seguridad, junto con el monitoreo continuo de la infraestructura tecnológica utilizada para la ejecución de los respaldos, y la renovación de la licencia de Google Workspace (G Suite) para garantizar el almacenamiento seguro de la información en la nube.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	Ejecutar procesos automatizados de copias de seguridad de las máquinas virtuales y bases de datos, incluyendo su respaldo en medios físicos externos y almacenamiento en la nube, así como la transferencia controlada de la información del servidor, con el fin de garantizar la disponibilidad, integridad y resguardo de la información institucional.	21/01/2026	20/06/2026	Licencias vigentes del software de copias de seguridad, registros de monitoreo de la infraestructura de respaldo y evidencia de almacenamiento de copias de seguridad en la nube mediante Google Workspace (G Suite).	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIERO DE SERVIDORES)				
R12	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	DAÑO EN LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Económico y Reputacional	Debilidades en la gestión del monitoreo de las condiciones ambientales (temperatura y entorno) en la sala de servidores, asociadas a la falta de sensores adecuados y control continuo.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	Monitoreo permanente del ambiente de la sala de servidores	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Sin Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Mayor	80%	Alto	Evitar el Riesgo	Instalación de sensores de temperatura y alarmas y vigilancia las 24 horas del día	21/01/2026	20/06/2026	Revisión visual del sensores de humo instalado, minuta de vigilancia grabación de cámaras y solicitud de compra al de sensores de temperatura	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIERO DE SERVIDORES)				
R13	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	DAÑO EN LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	Económico y Reputacional	incendio en la sala servidores	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	Monitoreo permanente de las condiciones ambientales y de seguridad en la sala de servidores, incluyendo vigilancia continua y control del entorno.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Sin Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	100%	Bajo	Evitar el Riesgo	Instalar y mantener sensores de humo, así como garantizar la vigilancia permanente las 24 horas del día en la sala de servidores.	21/01/2026	20/06/2026	Registros de instalación y funcionamiento de sensores de humo, bitácoras de vigilancia, grabaciones del sistema de circuito cerrado de televisión (CCTV) y reportes de monitoreo de la sala de servidores.	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIERO DE SERVIDORES) / PERSONAL DE VIGILANCIA				
R14	Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información	División de Sistemas	DESACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA INFORMÁTICA	Económico y Reputacional	Fin del ciclo de vida del software de desarrollo	Tecnológico	Probable	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado		Correctivo	Manual	20%	Documentado	SI	Con Registros	IMPACTO	Muy Alta	80%	Leve	16%	Alto	Reducir el Riesgo	Capacitación en las nuevas tecnologías, solicitud de licencia de los entornos de desarrollo, adquisición de licencias de sistemas operativos, organización en la realización de las solicitudes a la división.	21/01/2026	20/06/2026	Manuales de los módulos de software actualizados, solicitud de capacitación, solicitud de compra de licencias necesarias para el desarrollo de software y renovación de los sistemas operativos	JEFE DIVISIÓN DE SISTEMAS / Profesional Universitario (INGENIEROS DE DE SOPORTE Y DESARROLLO) /				

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	2
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/3/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN BIENESTAR UNIVERSITARIO				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
16/04/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	3	3	0
1/08/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	3	3	0
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	5	5	0
19/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
25/03/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2
18/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	7	1

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05						
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	2						
																								FECHA	3/03/2026						
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA						
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ											
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad											
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS				AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UPFS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN									FRECUENCIA REQUERIDA	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Asignación inadecuada del beneficio del servicio de restaurante universitario por inconsistencias o falta de verificación de la información socioeconómica suministrada por los estudiantes.	Económico y Reputacional	Información socioeconómica incompleta o incorrecta suministrada por los estudiantes en el proceso de caracterización.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Proceso de caracterización socioeconómica mediante formulario institucional y revisión de información por el equipo de Bienestar Universitario.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Fortalecer el proceso de verificación de la información socioeconómica suministrada por los estudiantes solicitantes del servicio.	Base de datos de caracterización Registro de solicitudes atendidas Listado de beneficiarios del servicio.	Vicerrector Bienestar Universitario Profesional Universitario VBU Trabajador Social	
R2	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Dificultad para mantener comunicación y seguimiento con los graduados de la universidad debido a la desactualización o pérdida de sus datos de contacto.	Reputacional	Pérdida o desuso del correo electrónico institucional por parte de los graduados después de finalizar su proceso académico	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Actualización de la información de contacto de graduados mediante formularios institucionales y registros de participación en encuentros o actividades dirigidas a egresados.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Promover la actualización voluntaria de datos de contacto de los graduados mediante formularios digitales y actividades institucionales dirigidas a egresados.	Formularios diligenciados Bases de datos actualizadas Reportes de actualización de información.	Vicerrector Bienestar Universitario Jefe Oficina del Egresado	
R3	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Pérdida de información relacionada con los programas y servicios de Bienestar Universitario debido a la falta de respaldo o transferencia adecuada de la información institucional.	Económico y Reputacional	Eliminación accidental de archivos, daño de equipos o retiro de personal sin realizar la entrega organizada de la información.	Tecnológico	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Almacenamiento de la información en carpetas institucionales y transferencia de información al momento de la finalización de contratos o cambios de personal.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Implementar y fortalecer el respaldo y organización de la información institucional mediante el uso de carpetas en la nube (Drive institucional), garantizando la asignación de accesos y propiedad a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario.	Carpetas en Drive institucional organizadas Permisos de acceso configurados Archivos digitales respaldados	Vicerrector Bienestar Universitario	
R4	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Baja participación de la comunidad estudiantil en algunos programas y actividades ofertados por Bienestar Universitario.	Reputacional	Limitado interés o disponibilidad de tiempo de los miembros de la comunidad universitaria para participar en actividades extracurriculares.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Divulgación permanente de la oferta institucional de Bienestar Universitario a través de los diferentes medios de comunicación institucionales.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Fortalecer las estrategias de difusión y promoción de los programas y servicios de Bienestar Universitario dirigidas a la comunidad universitaria.	Registros de publicaciones Envío de correos electrónicos Listados de asistencia a actividades.	Vicerrector Bienestar Universitario Coordinador Unidad de Salud Coordinador Unidad de Cultura Coordinador de Deportes Jefe Oficina del Egresado	
R5	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Uso inadecuado de los bienes e implementos institucionales (instrumentos musicales y elementos deportivos) para fines personales o no autorizados.	Económico y Reputacional	Préstamo o uso de los implementos sin control adecuado o sin verificación del cumplimiento de las condiciones de uso.	Operativo	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Registro y control del préstamo de implementos mediante formatos o listados de entrega y devolución.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Fortalecer los controles de préstamo, seguimiento y devolución de los implementos deportivos y culturales a través del uso del formato aprobado.	Formatos diligenciados de préstamo.	Coordinador Unidad de Cultura Coordinador de Deportes Secretaría Unidad de Cultura Secretaría Unidad de Deportes	
R6	Gestión Bienestar Universitario	Vicerrectoría Bienestar Universitario	Divulgación, uso inadecuado o acceso no autorizado a los datos personales de los usuarios de los servicios de Bienestar Universitario.	Reputacional	Acceso a la información por personal no autorizado o manejo inadecuado de bases de datos con información personal.	Tecnológico	Posible	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	Restricción de acceso a las bases de datos y manejo de la información conforme a las políticas institucionales de protección de datos personales.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	Fortalecer el control de acceso y manejo de las bases de datos mediante la asignación de permisos únicamente a personal autorizado y el uso de medios institucionales para el almacenamiento de la información.	Bases de datos con acceso restringido Carpetas en Drive institucional Permisos de acceso configurados Usuarios autorizados.	Vicerrector de Bienestar Universitario	

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05								
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	2								
																								FECHA	3/03/2026								
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA								
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ																
Líder Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad																
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS				AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN			
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN									FRECUENCIA ADECUADA	EVIDENCIAS			FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	
R7	Gestión Bienestar Universitario	Vicerectoría Bienestar Universitario	Asignación indebida de beneficios o servicios de Bienestar Universitario a personas que no cumplen con los requisitos, a cambio de favores o intereses particulares.	Económico y Reputacional	Manipulación o alteración de la información en el proceso de selección de beneficiarios.	Corrupción	Improbable		Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	Validación de requisitos mediante revisión de información y aplicación de criterios establecidos para la asignación de beneficios.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	100 %	Bajo	Reducir el Riesgo	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.	0604/2026	18/12/2026	Formularios de inscripción Listados de beneficiarios Bases de datos de asignación Registros de verificación de requisitos.	Vicerrector de Bienestar Universitario Jefe División de Servicios Asistenciales y de Salud Coordinador Unidad de Cultura Coordinador de Deportes
R8	Gestión Bienestar Universitario	Vicerectoría Bienestar Universitario	Insatisfacción de los usuarios frente a la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios ofrecidos por Bienestar Universitario.	Reputacional	Insatisfacción de los usuarios frente a la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios ofrecidos por Bienestar Universitario.	Operativo	Posible		Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Aplicación de encuestas de satisfacción y seguimiento a la percepción de los usuarios frente a los servicios prestados.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Fortalecer los mecanismos de evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios ofrecidos por Bienestar Universitario.	0604/2026	18/12/2026	Informes de resultados de encuestas.	Vicerrector de Bienestar Universitario Profesional Universitario VBU

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			CODIGO	FO-DE-05
				VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS			FECHA	3/03/2026
				PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN SERVICIOS ACADÉMICOS				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	16	12	4
6/28/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	8	3
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	11	8	3
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
8/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
6/04/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	6	0

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																									CÓDIGO	FO-DE-05					
	MAPA DE RIESGOS																									VERSIÓN	02					
																										FECHA	3/03/2026					
																										PÁGINA	VER PIE PAGINA					
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ASOCIADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R1	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Instalación de software no autorizado	Reputacional	Mal uso de los recursos por parte de los usuarios. Falta licencias de software de control	Tecnológico	Possible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Plan presupuestal anual	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Inspecciones periódicas para verificar la existencia de Software Indebido.	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	Reporte Mantenimiento Equipos División Servicios Académicos	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División
R2	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Incumplimiento de la norma 17025	Reputacional	Insuficientes asignación de recursos/ no asignación del recurso	Operativo	Possible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Plan presupuestal anual	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Ajustar controles efectivos para la prestación de los servicios. No existen controles actualmente en todos los laboratorios. Solo en el Laboratorio de Aguas.	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	1. Auditoria interna 2. Cronograma de actividades del plan de acción de la División. 3. Plan de mejoramiento del laboratorio de Aguas y la División de Servicios Académicos. 4. (Solicitudes de elementos, insumos y equipos a tiempo)	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División
R3	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Exceso de trámites, falta de control directo sobre la prestación del servicio y el producto final	Reputacional	Mal uso de los procedimientos por parte de los Asistentes de laboratorio.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Revisión de procedimientos establecidos para el servicio	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Ajustar controles efectivos para la prestación de los servicios. Actualmente No existen controles efectivos para evitar que el cliente tenga contacto con los involucrados en la prestación del servicio.	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	Ordenes de servicio en plataforma SILABSA y DataSOft	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División
R4	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Mal uso de los procedimientos por parte de los Asistentes de laboratorio.	Reputacional	Mal uso de los procedimientos por parte de los Asistentes de laboratorio.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Mantenimiento de la plataforma de servicios e infraestructura tecnológica	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Establecer formatos de préstamo con códigos de barra único / Autorización por medio de órdenes de servicio	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	Plataforma de servicios SILABSA Ordenes de servicio Formato de salida de equipos Procedimiento de servicios	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División
R5	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Demora en la entrega de equipos y/o material	Reputacional	Mal uso de los procedimientos por parte de los Asistentes de laboratorio.	Tecnológico	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Mantenimiento de la plataforma de servicios e infraestructura tecnológica	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Establecer formatos de préstamo para equipo y/o material. Implementar sanciones de acuerdo a Resolución de Rectoría para servicios de extensión. Control de inventario	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	Plataforma de servicios SILABSA Ordenes de servicio Formato de salida de equipos Procedimiento de servicios	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División
R6	Gestión de Servicios Académicos	División de Servicios Académicos	Pérdida de equipo y/o material	Económico y Reputacional	Mal uso de los procedimientos por parte de los Asistentes de laboratorio.	Tecnológico	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Mantenimiento de la plataforma de servicios e infraestructura tecnológica	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Ajustar controles efectivos para la prestación de los servicios, ya que el control directo del servicio está en manos del personal que realiza el servicio. Política de entrega, control de inventario	19 de Febrero 2026	11 de Diciembre 2026	Plataforma de servicios SILABSA Ordenes de servicio Formato de salida de equipos Procedimiento de servicios	Jefe División de Servicios Académicos y personal de apoyo de la División

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/3/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estratégico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO AUDITORIA Y CONTROL INTERNO				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/16/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	6	5	1
2/08/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	7	5	2
12/21/2021	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	5	3
12/21/2022	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	5	3
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	5	4
8/04/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	5	4
9/04/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	5	4
27/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	9	6	3

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																										CÓDIGO	FO-DE-05				
	MAPA DE RIESGOS																										VERSIÓN	02				
																											FECHA	3/03/2026				
																											PÁGINA	VER PIE PAGINA				
ELABORÓ										REVISÓ										APROBÓ												
Lider Direccionamiento Estratégico										Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad												
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES						FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS				AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN		
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									Tipo	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN									FRECUENCIA REQUERIDA	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN	
R1	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Incumplimiento del Plan Anual de Acción y Auditorías	Económico y Reputacional	1. Fallar en la planificación del Plan Anual de Acción y Auditorías. 2. Tiempo insuficiente para desarrollar el Plan Anual de Acción y Auditorías. 3. No entrega oportuna de la información por parte de la información por parte de los procesos a auditar. 4. El plan se ve interrumpido por la necesidad de atender auditorías especiales.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	1.Procedimiento de Auditorías Internas. 2.Indicador cumplimiento de las auditorías internas. 3.Independientemente de las auditorías especiales que deban desarrollarse, se asegura la ejecución de las auditorías programadas.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Revisión periódica del cronograma del Plan Anual de Acción y Auditorías para determinar el grado de cumplimiento del mismo.	1/1/2026	31/12/2026	1. Acta de reunión de trabajo (socialización de avances y resultados) 2. Informes de auditorías de gestión ejecutadas en la vigencia. 3. Informe de gestión de la Oficina de Control Interno.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario
R2	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Incumplimiento en la presentación de informes a la Alta Dirección y Entes de Vigilancia y Control.	Económico y Reputacional	1. Pérdida de información por daños informáticos. 2. Poca colaboración de parte de los funcionarios sobre los cuales se obtiene la información. 3. Información de entrada insuficiente.	Operativo	Rara vez	Muy Baja	20%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Bajo	1. Cronograma de presentación de informes. 2. Plan Anual de Acción y Auditorías. 3. Comunicaciones sistema Datasoft y correo electrónico institucional.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Menor	40%	Bajo	Evitar el Riesgo	1.Revisión constante de las fechas de entrega de informes a la Alta Dirección y Entes de Vigilancia y Control. 2.Revisión permanente de las páginas web de los Entes de Vigilancia y Control. 3. Revisión de la información entregada por las dependencias.	1/1/2026	31/12/2026	1. Plan Anual de Acción y Auditorías de la Oficina de Control Interno. 2. Relación de informes presentados a la Alta Dirección y los Entes de Vigilancia y Control.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario
R3	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Incumplimiento al seguimiento de los mapas de riesgos de los procesos institucionales.	Económico y Reputacional	1. Inexistencia de mapas de riesgos de algunos procesos. 2. Mapas de riesgos desactualizados. 3. Falta de evidencias de acciones asociadas al control. 4. Deficiencias en la aplicación de la Guía Administración del Riesgo.	Operativo	Posible	Media	60%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Moderado	Guía Administración del Riesgo institucional.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir el Riesgo	Aplicación de la Guía de Administración del Riesgo.	1/1/2026	31/12/2026	Informes de seguimiento a los mapas de riesgos.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario
R4	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Baja cobertura del Plan Anual de Acción y Auditorías, respecto de las dependencias y/o procesos susceptibles de auditar.	Económico y Reputacional	1. Insuficiente personal para el desarrollo de auditorías en cada área. 2. Inadecuada proyección en el Plan Anual de Acción y Auditorías.	Estratégico	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	1. Solicitar a la División de Recursos Humanos la vinculación del personal para el desarrollo de las diferentes actividades de la oficina. 2. Realizar reunión con el equipo de trabajo de la OCI para analizar el Plan Anual de Acción y Auditorías de la vigencia aprobado en el Comité de Coordinación de Control Interno.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Adecuada selección del personal asignado a la Oficina de Control Interno. 2. Análisis y priorización de los procesos institucionales que requieren ser auditados. 3. Socialización del Plan Anual de Acción y Auditorías en el Comité de Coordinación de Control Interno. 4. Capacitación permanente al personal de la Oficina de Control Interno.	1/1/2026	31/12/2026	1. Solicitudes de la Alta Dirección 2. Acta de reunión Comité Coordinación Control Interno. 3. Asistencia a capacitaciones.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario
R5	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Los resultados de las auditorías no agregan valor a la gestión de los procesos.	Económico y Reputacional	1. P20:S21Inadecuada identificación de las dependencias y/o procesos a auditar. 2. Falta en la identificación y determinación de los criterios de auditoría.	De Imagen	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	1. Plan Anual de Acción y Auditorías que corresponda a la mitigación de riesgos detectados por cada una de las dependencias y/o procesos. 2. Identificación clara de los criterios de auditoría.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Si	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Seguimiento al Plan Anual de Acción y Auditorías aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno. 2. Asignación de personal cualificado de acuerdo a la naturaleza de la auditoría.	1/1/2026	31/12/2026	Informes de auditorías ejecutadas en la vigencia.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/03/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Lider Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 - ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL					FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA APLICACIÓN									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R6	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Posibilidad de que se presente subjetividad en la valoración o su omisión en el Informe de Auditoria, para beneficio particular o de terceros	Económico y Reputacional	Intención de beneficio personal del auditor, beneficio de un tercero o la presión de un grupo de interés.	Corrupción	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	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 Auditorias Internas PR-CI-01.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	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 Auditorias Internas. 3. Socializar el Informe preliminar de cada auditoria por parte del equipo auditor, ante la dependencia auditada.	1/1/2026	31/12/2026	1. Listado de Asistencia a capacitaciones. 2. Acta de Reunión del Equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno. 3. Acta de Apertura y Cierre de Auditoria. 4. Informe de auditoria y los respectivos Papeles de trabajo (soportes obtenidos por el auditor).	Jefe Oficina de Control Interno Profesional universitario - Auditores Secretaria
R7	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Posibilidad de Toma de atribuciones que no son de la competencia de la Oficina de Control Interno, para favorecer a un tercero	Económico y Reputacional	1. Favorecimiento e intereses particulares. 2. Extralimitación de las funciones.	Corrupción	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	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 Auditorias Internas PR-CI-01.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Reducir el Riesgo	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	1/1/2026	31/12/2026	1. Listado de Asistencia a capacitaciones. 2. Plan Anual de Acción y Auditorias aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno, junto con el Acta de aprobación. 3. Informe de Gestión anual de la Oficina de Control Interno. 4. Acta de Reunión del equipo de trabajo de la Oficina. 5. Programa de Auditoria. 6. Acta de Apertura y Cierre de Auditoria. 7. Informe de Auditoria. 8. Informes a los entes de inspección, vigilancia y control. 9. Informes de ley.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario - Auditores Secretaria
R8	Auditoria y Control Interno	Oficina de Control Interno	Fuga de información.	Económico y Reputacional	1. Herramientas tecnológicas: los equipos se encuentran en áreas de fácil acceso. 2. Procesos: exposición a que un funcionario comparta a través del correo electrónico, coloque en un sitio web, transfiera a dispositivos extraíbles información confidencial de la dependencia o la institución. 3. Personas: desvinculación del personal. 4. Uso inadecuado de los usuarios y contraseñas de acceso a los sistemas.	Operativo	Probable	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1. Establecer clave de acceso a cada uno de los equipos asignados al personal de la OCI al iniciar las labores administrativas. 2. Socialización de la Política de Control Interno, el Código de Ética del Auditor, el Estatuto de Auditoria y el Procedimiento de Auditoria al personal. 3. Acuerdo de confidencialidad celebrado con la UFPS para la contratación laboral.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Asumir un Riesgo	1. Sensibilizar a los funcionarios de acuerdo con el rol que desempeñan en cuanto a la seguridad de la institución. 2. Acuerdos de confidencialidad.	1/1/2026	31/12/2026	1. Código de Ética del Auditor Interno. 2. Acta de entrega del cargo. 3. Cláusulas contractuales.	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario

 Universidad Francisco de Paula Santander	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																							CÓDIGO	FO-DE-05							
	MAPA DE RIESGOS																							VERSIÓN	02							
																								FECHA	3/03/2026							
																								PÁGINA	VER PIE PAGINA							
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Lider Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Lider de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									EVIDENCIAS	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN
R9	Auditoría y Control Interno	Oficina de Control Interno	Possibilidad de Suplantación de identidad	Económico y Reputacional	1. Falta de ética. 2. Intención de favorecimiento a un tercero.	Corrupción	Improbable	Baja	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	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 periodico de claves de acceso a los sistemas de información.	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Assumir un Riesgo	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.	1/1/2026	31/12/2026	1. Listado de asistencia a capacitaciones 2. Radicados de los Memorandos enviados por el Sistema Datarsoft 3. Uso del correo electronico de controlinterno@ufps.edu.co	Jefe Oficina de Control Interno Profesional Universitario Secretaria

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CODIGO	FO-DE-05
			VERSION	02
	MAPA DE RIESGOS		FECHA	3/03/2026
			PAGINA	VER PIE PAGINA
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Direccionamiento Estrategico		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD				
El presente control, establece el seguimiento a los procesos de actualización del Mapa de Riesgos, conforme al Monitoreo y Revisión definido en la Guía Metodologica de la Función Publica "Administración del Riesgo" versión Julio de 2016				
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN IDENTIFICADOS
4/25/2018	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
4/24/2019	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	8	8	0
12/21/2022	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	4	4	0
30/08/2023	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	4	4	0
17/11/2024	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	4	4	0
28/04/2025	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	4	4	0
4/03/2026	ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGO	4	4	0

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																									CÓDIGO	FO-DE-05					
	MAPA DE RIESGOS																									VERSIÓN	02					
																										FECHA	3/3/2026					
																										PÁGINA	VER PIE PAGINA					
ELABORÓ							REVISÓ										APROBÓ															
Lider Direccionamiento Estratégico							Equipo Operativo de Calidad										Líder de Calidad															
FASE 1 - IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							FASE 2 - ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE						FASE 3 -ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES					FASE 4 - ANALISIS DEL RIESGO RESIDUAL				FASE 5 - ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
RESPONSABLES			RIESGO IDENTIFICADO				CRITERIOS DE PROBABILIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					AFECTACIÓN FINAL	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	PERIODO DE EJECUCIÓN		REGISTROS / EVIDENCIAS	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
No.	PROCESO SIGC - UFPS	DEPENDENCIA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	IMPACTO DEL RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO									TIPO	IMPLEMENTACIÓN	CALEIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA ADECUADA									FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN			
R1	Gestión de Calidad	Oficina de Planeación	Errores en el control de documentos y/o registros del SGOE - UFPS	Reputacional	Desconocimiento de las especificaciones establecidas en el SGOE-UFPS para el desarrollo de esta actividad.	Operativo	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Establecer la metodología para el control documental del SIGC - UFPS, aprobarla y socializarla a los responsables de su implementación.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Revisión del procedimiento y guía establecidos para llevar a cabo el control documental y socialización de la información a los interesados. 2. Análisis estadístico de datos para comprobar la efectividad en la implementación del proceso	2/2/2026	30/12/2026	Informe de gestión Planeación - Unidad de Calidad (Vigencia 2026)	Jefe de Oficina de Planeación (Lider del SGOE- UFPS) Profesional apoyo Planeación - Calidad
R2	Gestión de Calidad	Oficina de Planeación	Incumplimiento de los requisitos que fundamenta el SGOE-UFPS	Reputacional	Desconocimiento de los requisitos de norma aplicables a la universidad	Operativo	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Aplicación de mecanismos para validar el cumplimiento de requisitos	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Validación del cumplimiento de los requisitos de la norma por parte de los responsables del SGOE-UFPS	2/2/2026	30/12/2026	Informe de gestión Planeación - Unidad de Calidad (Vigencia 2026)	Jefe de Oficina de Planeación (Lider del SGOE- UFPS) Profesional apoyo Planeación - Calidad
R3	Gestión de Calidad	Oficina de Planeación	Pérdida de información del SGOE- UFPS	Reputacional	Se cuenta con instrumentos limitados para el respaldo de la información del SGOE- UFPS	Tecnológico	Improbable	Baja	40%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Realizar periodicamente el respaldo de la información del SGOE- UFPS y demás registros importantes	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	1. Procedimiento aprobado para el correcto manejo de los documentos y registros. 2. Entregar formal de la información por parte de los responsables a la finalización del contrato.	2/2/2026	30/12/2026	Informe de gestión Planeación - Unidad de Calidad (Vigencia 2026)	Jefe de Oficina de Planeación (Lider del SGOE- UFPS) Profesional apoyo Planeación - Calidad
R4	Gestión de Calidad	Oficina de Planeación	No asignación de recursos (humano, financiero y tecnológico)suficient es para el mejoramiento del SGOE - UFPS.	Reputacional	Al no tener un SGOE formalmente establecido, los recursos requeridos para su implementación no son considerados en el presupuesto	Financiero	Rara vez	Muy Baja	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Leve	20%	Bajo	Rubro presupuestal dirigido al mantenimiento y mejora del SGOE- UFPS	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	SI	Con Registros	PROBABILIDAD	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Evitar el Riesgo	Asignación anual de una partida para cubrir las necesidades de mantenimiento y mejora del SGOE- UFPS	2/2/2026	30/12/2026	Presupuesto anual UFPS	Jefe de Oficina de Planeación (Lider del SIGC) Profesional apoyo Planeación - Calidad