

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS**  
**PROCESO GOBIERNO UNIVERSITARIO**  
**VIGENCIA 2020**

**INTRODUCCIÓN**

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del plan de trabajo de la vigencia 2020 y atendiendo el rol de Evaluación y Seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993 , en especial en su artículo 2 literal f “(...)Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos”, en consonancia con el Decreto 648 del 19 de abril de 2017, “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.” Artículo 2.2.21.5.3 De las Oficinas de Control Interno, indica: “Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, **evaluación de la Gestión del Riesgo**, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control (...)”, en anuencia con los dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

De la misma forma, la OCI acogiendo lo dispuesta en la Guía para la Administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública GUI002GDC, versión 04 de octubre 2018, en los pasos 2 y 3, establece directrices y pasos para la administración del riesgo y el diseño de controles, donde se involucran los elementos, el análisis y la evaluación, entre otros aspectos a tener en cuenta en la elaboración del mapa de riesgos, controles y evaluaciones; al igual que en el procedimiento interno de la Universidad Pedagógica Nacional, mediante el PRO009GDC “Procedimiento para la Formulación y Actualización de Mapas de Riesgos”, procedió a realizar el seguimiento y evaluación a los mapas de riesgos formulados y a los controles establecidos.

**OBJETIVO**

Realizar seguimiento y evaluación a las acciones establecidas en el Mapa de Riesgos, valorando si los controles definidos para cada riesgo son efectivos y contribuyen a minimizarlo o que no se materialice afectando de manera negativa el cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales.

**NORMATIVIDAD**

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.

- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública”.
- Guía para la Formulación de Mapas de Riesgos GUI002GDC del Departamento Administrativo de la Función Pública, de octubre 2018
- Procedimiento Formulación y Actualización de Mapas de Riesgos PRO009GDC.

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

Código, Riesgo y Zona de Riesgo	Acción de Control y Fecha de Implementación	Evaluación
<b>RIESGOS DE GESTIÓN</b>		
GGU-R01 Fallas de los sistemas informáticos institucionales para interponer PQRSFD- <b>Baja</b>	<p>1. En caso de presentarse alguna falla en el formulario de PQRSFD se reportará a la SSG-Archivo y Correspondencia para que realice las acciones correctivas.</p> <p>2. En caso de presentarse alguna falla en la página web institucional se reportará a la Subdirección de Gestión de Sistemas de Información para que realice las acciones correctivas.</p> <p>Noviembre de 2016.</p>	<p>Se evidenció solicitud de revisión al Grupo de Archivo y correspondencia de fecha 24 de julio de 2019, en donde se solicitó que fuera cargada la imagen de una queja que no se podía visualizar a través del aplicativo Orfeo. Este fue el único caso presentado en cuanto a fallas de los sistemas informáticos utilizados para las PQRSFD.</p> <p>En cuanto a fallas de la página Web no se presentó ninguna novedad.</p> <p>La acción de tratamiento fue eficaz para el proceso Gestión para el Gobierno Universitario.</p>
GGU-R02 Pérdida de información digital de los procedimientos - <b>Moderada</b>	<p>Continuar con la realización del back up en los discos externos correspondientes.</p> <p>Mensualmente a</p>	<p>Se evidenció planilla de los Backup de la vigencia 2019, los cuales fueron realizados con frecuencia mensual con fechas y firmas correspondientes.</p> <p>La acción de tratamiento fue eficaz</p>

	partir de octubre de 2016	para el proceso Gestión para el Gobierno Universitario.
GGU-R03Retraso en la respuesta al usuario que interpone PQRSFD - <b>Moderada</b>	<p>1. Enviar el informe de PQRSFD a los jefes de las dependencias que presentan mayor porcentaje de PQRSFD y que presenten retraso en la respuesta, con el fin de que revisen sus procedimientos y posibles acciones de mejora.</p> <p>1. Una vez publicado el informe trimestral de PQRSFD. A partir de abril de 2017.</p> <p>2. Dos días antes del vencimiento del tiempo establecido para dar respuesta se llamará a la dependencia competente para recordar el envío.</p> <p>3. Semanalmente de acuerdo con las fechas límites para dar respuesta a las PQRSFD. A partir de mayo de 2017.</p>	<p>Se evidenciaron correos electrónicos dirigidos a la Subdirección de Admisiones y Registro y a la Subdirección de Bienestar para que revisaran el informe de PQRSFD y se tomaran las acciones pertinentes debido a que estos dos procesos son los que reciben el mayor número de solicitudes en materia de peticiones, quejas y reclamos.</p> <p>Adicionalmente se evidenció bases de datos de control de PQRSFD que sirve para monitorear los tiempos de respuesta a las solicitudes.</p> <p>Por lo expuesto es procedente que el área, considere la reformulación de las acciones agregando controles efectivos, como la base de datos y algunos otros que ayuden con el conteo de términos.</p> <p>La acción de tratamiento fue eficaz para el proceso Gestión para el Gobierno Universitario.</p>
GGU-R04 Afectación de los derechos de la comunidad interesada por la falta de notificación o publicación de	<p>Continuar con la implementación de los controles establecidos</p> <p>1. El funcionario encargado de las notificaciones cuenta con una base de</p>	<p>Se evidenció base de datos como mecanismo de control con la normatividad que es generada desde la Secretaria General en la cual se encuentra la relación de Acuerdos y Resoluciones actualizadas y en donde se puede verificar la fecha y medio de</p>

<p>actos administrativos <b>Moderada</b></p>	<p>datos de los acuerdos y las resoluciones en los cuales se puede verificar la fecha y medio de notificación.</p> <p>2. La publicación de actos administrativos de carácter general se puede verificar en el sitio de Normatividad ubicado en la página web.</p> <p>3. Cada resolución que requiere ser notificada lleva adjunto la diligencia de notificación (personal o electrónica) o aviso y acta ejecutoria.</p> <p>4. Se remite copia física de los actos administrativos que cuentan con antecedentes físicos para devolver a la dependencia, de lo contrario se envía copia digital a las dependencias competentes.</p> <p>5. En el transcurso de los cinco días hábiles de las sesiones del Consejo Superior y Académico se elabora un documento de Decisiones, el cual se publica en el espacio asignado para los Consejos Superior y Académico, para conocimiento de la comunidad universitaria</p>	<p>notificación.</p> <p>En sitio se consultó el buscador normativo en donde la normatividad se encuentra actualizada y se suministró en documento Word los link de consulta.</p> <p>La OCI, precisa que parte del riesgo determinado, tiene que ver con el derecho de publicidad de las actos generales y particulares, lo cual nos lleva a precisar que si bien es cierto los controles de notificación, bases de datos, registros, publicaciones funciona, se requiere modificar las acciones y los controles en el sentido de vincular las nuevas tecnologías al mismo y facilitar la interacción comunicativa y de publicidad. Es decir modificar y modernizar los controles, para mitigar efectivamente el riesgo.</p> <p>La acción de tratamiento fue eficaz para el proceso Gestión para el Gobierno Universitario.</p>
--	--	--

	1. A partir de enero de 2017 2, 3 y 4 A partir de mayo de 2016 y 5. A partir de junio de 2016	
--	---	--

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Producto del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, al mapa de riesgos de gestión, formulado por el Proceso Gobierno Universitario, se logró evidenciar:

1. Que el proceso estableció algunos los controles mediante las acciones determinadas que se han cumplido satisfactoriamente.
2. Algunos de los riesgos y controles diseñados no se enmarcan del todo dentro de los planteamientos establecidos en la Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública GUI002GDC y con procedimiento interno PRO009GDC de la UPN.
3. Los controles establecidos mediante las acciones e indicadores propuestos son insuficientes, incoherentes, inefectivos, ineficaces; lo cual no contribuyen a la mitigación del riesgo y ocasiona que se presenten debilidades e inconsistencias en el proceso, metas y procedimientos del área.
4. La formulación de los riesgos evaluados data del año 2016, teniendo en cuenta los cambios normativos, de sistemas y comunicación, los riesgos deben ajustarse a esta nueva realidad. Por lo anterior el Mapa de Riesgos deber ser revisado y actualizado.
5. Las situaciones descritas hacen evidente que el mapa de riesgos y controles diseñado y aplicado para la vigencia evaluada, presenta debilidades e inconsistencias, en lo que respecta a sus objetivos, caracterización, inobservancia de procedimientos vigentes y controles establecidos para minimizar los riesgos en el proceso de Gobierno Universitario.

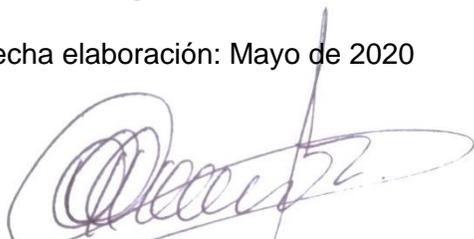
Por lo expuesto y acorde con la evaluación efectuada, la Oficina de Control Interno, dentro de la competencia que le asiste en estos seguimientos, procede a indicar, sugerir o recomendar, lo siguiente:

- Se exhorta al área a replantear y revisar la redacción de los riesgos identificados o los que se van a reformular, buscando la coherencia y pertinencia de las acciones e indicadores con el riesgo a mitigar.

- Se recomienda modificar el indicador de cada uno de los riesgos de gestión, ya que no permiten realizar la medición y por ende no se impactan en la contención, mitigación o control del riesgo.
- Se sugiere evitar que la formulación del riesgo, inicie con palabras negativas como: "No..." "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa) tales como: "ausencia de..." "Falta de..." "Poco (a)..." "Escaso(a)..." "Insuficiente...", "Deficiente...", "Debilidades en...", facilitando la comprensión y alcance del mismo.
- Se invita al área a realizar un permanente y adecuado seguimiento al mapa de riesgo, dentro del ejercicio de autocontrol, como primera línea de conocimiento del control interno.
- En lo que tiene que ver con riesgos, acciones y actividades compartidas con otras dependencias, es necesario que el evaluado comunique y articule los esfuerzos colectivos necesarios para el cumplimiento del indicador, contribuyendo a minimizar el riesgo.

Es importante en este informe, destacar la atipicidad del seguimiento y evaluación a los Mapas de Riesgo, efectuado durante los meses de marzo a mayo de 2020, toda vez que, enfrentamos con algunas dificultades que se presentaron por la cuarentena a la que nos vimos obligados por la pandemia de COVID – 19, como: el trabajo remoto, la verificación y entrevista virtual, la no existencia de evidencias y soportes digitales, cambio de hábitos laborales, entre otros. Lo que nos lleva a recomendar la implementación de un plan de contingencia frente al acceso de la información, administración remota de los sistemas, manejo de copias digitales y publicaciones, a fin de poder recopilar las evidencias de una forma ágil y precisa; para que en situaciones de caso fortuito y fuerza mayor podamos continuar con las labores y evitemos el riesgo de pérdida de información o incumplimientos de términos legales.

Fecha elaboración: Mayo de 2020



**ARELYS VALENCIA VALENCIA**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: John Edward Burgos Piñeros