

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA ADMINISTRACION DE
RIESGOS DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO - Diciembre 2025**

**OFICINA DE CONTROL
INTERNO
UNIVERSIDAD DEL
ATLANTICO**

 Universidad del Atlántico VIGILADA MINEDUCACIÓN	CÓDIGO: FOR-CI-021
	VERSIÓN: 2
	FECHA: 18/FEB/2025
INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO	

1. JUSTIFICACION

En el marco del sistema integrado de gestión, el modelo estándar de control interno MECI y de conformidad con la política institucional de administración de riesgos, la Universidad ha realizado la identificación el análisis, la valoración y el control a los riesgos de gestión y corrupción a todos los procesos, a partir de este ejercicio se aplicó la metodología de la Guía de Administración de Riesgos de la Función PúblicaV6, dando como resultado un mapa de aseguramiento consolidado que incluye tanto los riesgos de gestión como los riesgos fiscales por procesos.

2. ALCANCE

Revisión de la metodología de la gestión de riesgos establecida en la política institucional aprobada por el Comité institucional de Coordinación de Control Interno en donde se evalúan los mapas de riesgos por procesos, el seguimiento, monitoreo y controles con corte a diciembre 31-2025.

El objetivo de este informe es hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de la autoevaluación, monitoreo y controles de los riesgos de gestión y fiscales por procesos en el Sistema Integrado de Gestión (SIG), con corte a 31 de diciembre 2025.

3. FUENTES DE INFORMACION

La fuente de información se originó del proceso de autoevaluación de las matrices de riesgos por procesos realizado por los líderes de calidad de la Oficina de Planeación y el seguimiento de Control Interno

4. BASES LEGALES

- NTC-ISO 31000:2018 Gestión del riesgo.
- NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad
- Resolución rectoral No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 por la cual se aprueban las nuevas políticas de administración de riesgos institucional según el documento DOC-DE-006.V1.
- Resolución rectoral No. 1391 de 26 de abril de 2021 en donde se establece la estructura del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles de las Entidades Públicas (DAFT), Versión 6 de noviembre 2022.
- Decreto 1082 de 2015. Decreto Único Reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional.
- Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles en entidades públicas febrero 2018.
- Decreto 1122 de 30 de agosto 2024 Programas de Transparencia y Ética Pública.

5. CONCLUSION

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

De acuerdo al alcance y al objetivo de esta auditoria correspondiente a la evaluación de la efectividad de la gestión de riesgos durante el periodo agosto 2025 hasta diciembre 2025, para verificar la adecuada aplicación de los controles y las actividades de monitoreo, se encontró el siguiente mapa de riesgos por procesos de acuerdo a la Zona de Riesgo inherente (antes de controles) y Zona de Riesgo Final (después de controles). Todos los procesos entregaron la información de monitoreo correspondiente al corte de diciembre 2025.

Proceso	# Riesgos	Zona de Riesgo Inherente				Modificaciones desde abril a diciembre 2025
		Extremos	Altos	Moderados	Bajos	
Bienestar Universitario	4			4		Se mantiene igual
Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento continuo	3		1	2		Se mantiene igual
Control Disciplinario	3			3		Se mantiene igual
Control Interno	4			2	2	Se mantiene igual
Direccionamiento Estratégico	12		7	3	2	Se disminuye un riesgo moderado y pasa a riesgo bajo
Docencia	9		2	7		Se mantiene igual
Extensión y P.S.	9		5	4		Se mantiene igual
Gestión Ambiental	3			3		Se mantiene igual
Gestión Bienes, Sum. Y Servicios	10	1	5	4		Se mantiene igual
Gestión Calidad	3		2	1		Se mantiene igual
Gestión Talento Humano	3	1			2	Eliminó 3 riesgos moderados
Gestión Documental	7		7			Se mantiene igual
Gestión Financiera	3		2	1		Se mantiene igual
Gestión Jurídica	3		2	1		Se mantiene igual
Gestión Tecnológica	3		1	2		Se mantiene igual
Investigaciones	5			5		Se mantiene igual
RII	3			3		Se mantiene igual
TOTALES	87	2	34	45	6	Pasa de 90 a 87 el número total de riesgos institucionales

Fuente: Zona de Riesgos Inherentes. Matriz de Riesgos de Gestión – Oficina de Planeación

Lo que indica la tabla en la zona de riesgo inherente es que, en el periodo correspondiente a corte de diciembre 2025, se evaluaron **87 riesgos de gestión**; de los cuales 2 se clasificaron como extremos, 34 altos, 46 moderados y 5 bajos. Se puede evidenciar una cantidad significativa de riesgos altos y moderados identificados en los procesos, por lo tanto, es necesario que cada responsable de los procesos al que le apliquen, generen las acciones pertinentes para fortalecer

22

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

los controles definidos para cada uno de éstos riesgos sobre todo aquellos en zona de riesgo inherente alta.

Para la evaluación de este corte de diciembre, se puede observar una disminución de 90 a 87 en el número total de riesgos institucionales, esto debido a que se eliminaron 3 riesgos del proceso de Gestión de Talento Humano.

Evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión

La Universidad del Atlántico cuenta con 17 procesos y el mismo número de matrices de riesgos que conforman el mapa institucional.

Así mismo, cada proceso manifiesta su objetivo individual como proceso, orientado al logro de los objetivos institucionales planteados por la Alta Dirección. En ese orden de ideas, es conveniente analizar tales objetivos por proceso, como se ha dicho en otras auditorías debido a que los que se encuentran definidos y descritos en las caracterizaciones, no cumplen con las características que debe tener un objetivo para que sea medible y controlado.

Para este corte de auditoría se evaluará una muestra representativa de los riesgos fiscales definidos en la matriz para cada proceso. En total son **13** riesgos fiscales identificados a la fecha. A continuación, se relacionan los riesgos fiscales por procesos evaluados en zona de riesgo inherente:

Proceso	Alto	Bajo	Moderado	Total general
CONTROL INTERNO		1		1
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			1	1
GESTIÓN AMBIENTAL			2	2
GESTIÓN DE BIENES, SUMINISTROS Y SERVICIOS	2		1	3
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		1		1
GESTIÓN DOCUMENTAL	1			1
GESTIÓN FINANCIERA			1	1
GESTIÓN TECNOLÓGICA	1		1	2
INVESTIGACIONES			1	1
Total general	4	2	7	13

Fuente: Riesgo Fiscal. Matriz de Riesgos de Gestión – Oficina de Planeación

Moderado	7
Alto	4
Bajo	2

Fuente: Propia

 Universidad del Atlántico VIGILADA MINEDUCACIÓN	CÓDIGO: FOR-CI-021
	VERSIÓN: 2
	FECHA: 18/FEB/2025
INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO	

MUESTRA SELECCIONADA

Tamaño de la muestra:

Para definir el tamaño de la muestra auditable, del total de los 87 riesgos de gestión y fiscales, se tomó una **muestra para evaluar del 100% para los riesgos extremos, y del 15% para los riesgos en zonas Alta, Moderada y Baja**, lo que equivale a **15 riesgos priorizados aleatoriamente** de los diferentes procesos de la matriz de riesgos de gestión con base en la zona de inherente. Se analizarán los controles implementados y su impacto sobre la zona de riesgo final.

A continuación, se relaciona el total de riesgos en la zona inherente y la muestra seleccionada de acuerdo a los parámetros a anteriormente indicados:

Zona Riesgo Final	Total	Muestra seleccionada	Porcentaje de la muestra
Extremo	2	2	100%
Alto	34	5	15%
Moderado	45	7	15%
Bajo	6	1	15%

Fuente: Propia

Análisis de la muestra auditable seleccionada:

- Riesgos Extremo: 2**

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. Gestión de talento humano	Posibilidad de afectación reputacional y económica por multas y sanciones debido al incumplimiento del plan anual de trabajo del SGSST asociado a fallas en la asignación presupuestal.	El equipo de SST verifica el cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de SGSST por medio de un chequeo en donde se tiene en cuenta la actividad, fecha y responsable de ejecución si se detecta el incumplimiento de algunas actividades se reprograman.	Relaciones Laborales	Extremo	Seguimiento al plan anual.	Adecuada descripción del riesgo. Sin embargo, teniendo en cuenta que la zona de riesgo inherente es extrema y la zona de riesgo final es Alta, se recomienda definir controles más preventivos, que se anticipen a la verificación

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

						del cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de SGSST y se debería establecer un plan de contingencia y un análisis de causalidades en caso de incumplimiento, no solo reprogramar las actividades.
2. Gestión de Bienes, suministros y servicios	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento al plan integral de mantenimiento, por Falta de un inventario consolidado y actualizado de los bienes sujetos a mantenimiento de acuerdo a lo establecido en la resolución rectoral no. 001616 de 19-12-2008, así como a la limitación de recursos financieros para atender todas las necesidades en una sola vigencia.	1. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales verifica semanalmente el cumplimiento de las actividades programas en el cronograma del pim, comprobando el cumplimiento de las actividades asignadas a cada equipo de mantenimiento. Este seguimiento se realiza a través de reunión presencial y virtual. 2. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales gestionará la Actualización y consolidación del inventario: Se debe recopilar y mantener actualizado un inventario completo de todos los bienes sujetos a mantenimiento, según lo establecido en la resolución rectoral. Esto implica llevar a cabo inspecciones regulares de los activos, registrar cualquier adición o baja de bienes y mantener la información actualizada en un sistema de gestión de activos. 3. El jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios generales gestionará ante la alta dirección la Priorización de las necesidades de mantenimiento: Dado que los recursos financieros son limitados, es necesario establecer criterios claros para priorizar las necesidades de mantenimiento. Esto puede incluir la evaluación del estado de los activos, la consideración de los riesgos asociados a cada uno y la identificación de aquellos que son críticos para el cumplimiento de los objetivos de la organización. Con base en esta evaluación, se debe asignar el presupuesto disponible de manera adecuada y estratégica. 4. Gestión de presupuestos plurianuales: Si los recursos financieros no son suficientes para atender todas las necesidades en una sola vigencia, se puede	Ejecución y Administración de procesos	Extremo	Seguimiento a través del PLA-024, Cronograma de ejecución PIM Módulo de Activos del Software de gestión de activos sujetos al mantenimiento.	Los controles existentes son pertinentes, pero en su mayoría parcialmente eficaces, ya que: - No siempre cuentan con evidencia documentada. - Carecen de indicadores formales. - Dependen en gran medida de la gestión del jefe del área.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

		considerar la implementación de presupuestos plurianuales. Esto implica llevar a cabo una planificación financiera a largo plazo y distribuir los recursos de manera equitativa a lo largo de varios periodos. Esta estrategia permitirá atender progresivamente las necesidades de mantenimiento y reducir el riesgo de incumplimiento al PIM. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta estrategia requerirá un mayor nivel de planificación y monitoreo a largo plazo.			
--	--	---	--	--	--

• **Riesgos Altos: 5**

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la suspensión de actividades académico-administrativas derivadas del inconformismo de las partes interesadas por la gestión académica administrativa.	El rector y vicerrectores lidera y participan de espacios de diálogo y concertación con la parte interesada inconforme, generando acuerdos escritos (hojas de ruta y/o actas de concertación)	Ejecución y Administración de procesos	Alto	No tiene plan de acción (No aplica)	Este control es pertinente, pero parcialmente eficaz. Para que sea realmente sólido, debe: - Incorporar seguimiento obligatorio. - Medirse con indicadores. - Complementarse con controles preventivos. Teniendo en cuenta que es un riesgo con afectación en la misión institucional, se debe definir un plan de contingencia que incluya la activación de protocolos para trabajo remoto o virtual con el fin de mitigar el impacto del desarrollo académico – administrativo, para lo cual se sugiere la creación de una política de trabajo remoto y de seguridad de la información en la nube.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

2. Gestión Tecnológica	Posibilidad de afecto dañoso sobre recursos públicos por sanciones económica y reputacional con los entes de control, inestabilidad, inoperbilidad, fallas en cronograma y compromisos debido al incumplimiento de una adecuada planeación del proceso de adquisición y desarrollo del software.	1. El jefe debe gestionar las respectivas reuniones, comité y buenas prácticas 2. Aplicación de buenas prácticas, manejo de metodologías para el desarrollo de software 3. Realizar buenas prácticas de análisis, selección y recomendación de recursos tecnológicos utilizando transparencia y experticia	Fiscal	Alto	Evaluación de necesidad y propuesta en comité especializado	Los controles definidos son pertinentes y apropiados, en la medida en que promueven la gobernanza del proceso, la adopción de metodologías para el desarrollo de software y la aplicación de criterios técnicos y de transparencia en la selección de recursos tecnológicos. Los controles no se deben formular como un deber sino como una gestión real que se ejecuta o se implementa en el proceso. Sin embargo, su eficacia es moderada, dado que los controles están formulados de manera general y dependen en gran medida de la gestión del jefe responsable, sin establecer mecanismos formales de seguimiento, evidencias documentadas, indicadores de cumplimiento ni responsables claramente definidos. Esta situación puede limitar su capacidad para prevenir retrasos, fallas en el cronograma y riesgos de sanciones económicas o reputacionales.
3. Docencia	Posibilidad de afectación reputacional por aumento del número de estudiantes egresados no graduados debido a la demora del proceso de graduación con relación a variables académica y administrativas.	El docente delegado por el decano para el ejercicio de actividades académico-administrativas y los docentes del programa direccionan el proceso de graduación de sus estudiantes, de acuerdo a las opciones de grado definidas por el Consejo de Facultad, sensibilizan respecto a los requisitos establecidos, y designan directores	Ejecución y Administración de procesos	Alto	Sensibilización al líder grado de las Facultades , para gestión de los aspirantes a grados.	Los controles son apropiados, pero no totalmente eficaces. Se requiere fortalecerlos mediante mecanismos formales de seguimiento, control de tiempos e integración de variables administrativas para mitigar de manera

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

		y evaluadores para los proyectos de grado. Asimismo periódicamente la Facultad evalúa la posibilidad de nuevas opciones de grado o la modificación de las actuales.				efectiva el riesgo reputacional.
4. Gestión Documental	Posibilidad de efectos dañosos sobre recursos públicos de la entidad, por pérdida o mal manejo de documentos contractuales que impidan justificar la ejecución de recursos públicos, a causa del incumplimiento de la normatividad relacionada con la gestión documental, incluyendo su sistema y programas asociados.	El profesional encargado de archivo implementa los procedimientos y controles en el archivo de los documentos a través de una adecuada organización de archivos.	Fiscal	Alto	Realizar revisiones periódicas al archivo referente a la clasificación, ordenación, descripción y la correcta aplicación de la foliación; (PRO-GD-007) Procedimiento para la organización de los archivos de gestión, documentar hallazgos, reportar resultados a la sección de gestión documental y aplicar acciones correctivas para garantizar la adecuada organización documental.	El control definido es pertinente, ya que asigna responsabilidad directa al profesional encargado del archivo y se orienta a la adecuada organización de los documentos contractuales. Sin embargo, su eficacia es limitada, debido a que el control está formulado de manera general y depende exclusivamente de la acción individual del responsable, sin detallar procedimientos formales, mecanismos de verificación, evidencias documentadas ni controles adicionales que garanticen el cumplimiento de la normatividad de gestión documental y la trazabilidad de los documentos contractuales. Esto incrementa la probabilidad de pérdida, mal manejo o imposibilidad de justificar la ejecución de recursos públicos.
5. Gestión de Bienes, Suministros y Servicios	Posibilidad de incurrir en detrimento patrimonial y reputacional por incumplimiento de los documentos establecidos en las etapas precontractual, contractual y poscontractual de los procesos de contratación que adelanta la Universidad.	1. La jefe de Gestión de Compras y Contratación junto con el profesional encargado en el Dpto. de publicar el PAA, verifican que la solicitud de contratación esté contemplada en el Plan Anual de Adquisiciones y cumpla con lo establecido en el Estatuto de Contratación y en el Procedimiento para tramitar solicitudes. 2. Los profesionales del Dpto. de Gestión de compras y Contratación, dependiendo de la etapa contractual donde se ubiquen sus funciones, revisan que los documentos de los contratos cumplan los requisitos propios de acuerdo con la modalidad de selección, devolviéndolos a la dependencia correspondiente cuando requieran ajustes.		Alto	Seguimiento a los procesos contractuales, implementando un sistema de supervisión y monitoreo continuo para asegurar el cumplimiento de los procedimientos establecidos. Se emiten circulares internas periódicas a los supervisores de contrato recordando la obligatoriedad en la publicación de los documentos contractuales en SECOP II Capacitación a los supervisores y responsables de las	Los controles definidos son pertinentes y adecuados, dado que cubren de manera integral las etapas precontractuales, contractual y poscontractual, e incluyen actividades clave como la verificación del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), la revisión del cumplimiento normativo de los documentos contractuales y la

		3. El profesional del Dpto. de Compras y los supervisores de contratos reportan en la plataforma SECOP II los documentos que soportan las etapas del proceso contractual.	Fiscal		dependencias de los procesos contractuales que se llevan en la Universidad	publicación de la información en SECOP II. No obstante, su eficacia es alta pero susceptible de fortalecimiento, en la medida en que los controles son mayoritariamente manuales y dependen del criterio del personal responsable, sin incorporar de manera explícita mecanismos estandarizados de validación, indicadores de control, ni evidencias formales de revisión que permitan asegurar de forma consistente el cumplimiento total de los requisitos documentales y normativos, reduciendo así el riesgo de detrimento patrimonial y afectación reputacional.
--	--	---	--------	--	--	---

• Riesgos Moderados: 7

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la insatisfacción del servicio de educación por incumplimiento en las condiciones de prestación de servicio pactadas (infraestructura física, tecnológica, plan de estudio, ambientes de aprendizaje, etc).	El profesional universitario de la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a la respuestas de PQRSFD, en la cual valida la oportunidad y calidad de la respuesta, el cual se logra evidenciar mediante el informe de PQRSFD que se realiza de manera semestral	Ejecución y Administración de procesos	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	El control definido es pertinente, en la medida en que permite identificar situaciones de insatisfacción relacionadas con la prestación del servicio educativo a través del seguimiento a las PQRSFD, y evalúa la oportunidad y calidad de las respuestas emitidas por la Universidad. Sin embargo, su eficacia es limitada, dado que se trata de un control principalmente defectivo y posterior, con periodicidad semestral, que no aborda de manera directa ni preventiva las causas estructurales del incumplimiento de las condiciones pactadas

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

						(infraestructura física y tecnológica, plan de estudios, ambientes de aprendizaje, entre otros). Adicionalmente, el control se enfoca en la calidad de la respuesta y no necesariamente en la solución efectiva de los problemas que generan la insatisfacción, lo que mantiene el riesgo de afectación económica y reputacional.
2. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de efecto dañoso y afectación de los recursos públicos derivada del incumplimiento de los deberes de supervisión contractual, de las deficiencias en el ejercicio de la interventoría de los contratos de la entidad, en la ejecución de un alcance inferior al pactado en el contrato y el pago total de su valor.	El jefe del departamento de compras y contratación y/o el jefe de control interno notifica al ordenador del gasto y a la Oficina jurídica el incumplimiento del contrato con la finalidad de generar conciliación o activación de póliza	Fiscal	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	El control definido es pertinente, en cuanto establece un mecanismo de comunicación institucional para informar oportunamente los incumplimientos contractuales y activar acciones como la conciliación o la ejecución de pólizas, lo cual contribuye a la recuperación o protección de los recursos públicos. Sin embargo, su eficacia es limitada, debido a que se trata de un control reactivo y posterior, que actúa cuando el incumplimiento ya se ha materializado. Adicionalmente, el control no aborda de manera directa las deficiencias en el ejercicio de la supervisión e interventoría durante la ejecución contractual, ni garantiza la detección temprana de ejecuciones inferiores al alcance pactado antes de realizar pagos totales, lo que mantiene un riesgo significativo de daño patrimonial. El control debe ser responsabilidad de cada supervisor de contrato como primera línea de Defensa. La Oficina de Control Interno constituye

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

						la tercera línea de defensa y su actuación debe ser posterior a la de la primera y segunda línea en caso de que no sean efectivas.
3. Docencia	Posibilidad de afectación reputacional por trámite de solicitud o renovación de Registro Calificado infructuoso debido a la deficiencia en la aplicación de la normatividad de registro calificado y/o completitud de la documentación presentada ante el MEN.	El Decano de Facultad conforma un equipo de trabajo para elaboración y revisión de la documentación requerida por el MEN, para la solicitud de nuevo o renovación de registro calificado de programas, con el apoyo del asesor del Departamento de Calidad Académica, quien a su vez realiza jornadas de sensibilización y capacitación a los docentes de las facultades en relación a este proceso.	Ejecución y Administración de procesos	Moderada	Énfasis asesoramiento y seguimiento a los procesos de documentación para registro calificado llevados en las facultades, según cronograma.	El control definido es pertinente y adecuado, en tanto promueve el trabajo colaborativo para la elaboración y revisión de la documentación exigida por el MEN y fortalece las capacidades institucionales mediante jornadas de sensibilización y capacitación en materia de Registro Calificado. No obstante, su eficacia es moderada, dado que el control se enfoca principalmente en la conformación del equipo y la capacitación, pero no establece mecanismos formales de aseguramiento de la calidad, verificación normativa exhaustiva ni validaciones finales de completitud y coherencia de la información antes de la radicación ante el MEN. La ausencia de listas de chequeo normativas, responsables por factor y evidencias documentadas puede generar riesgos de omisiones o inconsistencias que afecten el resultado del trámite y la reputación institucional. Se deben definir de manera clara los roles y responsabilidades en la verificación del documento.
4. Investigaciones	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos por incumplimiento en la ejecución de proyectos de investigación, a través de la suscripción de Contratos y Convenios con entes externos, cuando la Universidad deba responder por multas económicas debido al incumplimiento en las cláusulas contractuales por falta de seguimiento en las actividades a realizar y cumplimiento de estas.	1. El Departamento de Investigaciones hace seguimiento a los contratos y convenios respecto a su ejecución a través de los docentes directores del proyecto. 2. El equipo de apoyo verifica el cumplimiento de las actividades solicitadas a las oficinas de apoyo (Bienes y Suministros y Oficina Financiera de la Universidad.	Fiscal	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	Los controles definidos son pertinentes, ya que contemplan el seguimiento a la ejecución de los contratos y convenios de investigación mediante los docentes directores de proyecto, así como la verificación del cumplimiento de actividades por parte de las oficinas de apoyo institucional.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

						No obstante, su eficacia es moderada, debido a que los controles dependen en gran medida del seguimiento operativo realizado por los docentes y del equipo de apoyo, sin establecer mecanismos formales, estandarizados y documentados de control que permitan evidenciar de manera sistemática el cumplimiento de las cláusulas contractuales, los cronogramas y los hitos de ejecución. La ausencia de indicadores, reportes periódicos obligatorios y alertas tempranas incrementa el riesgo de incumplimientos que puedan derivar en multas económicas y afectación de los recursos públicos.
5. Extensión	Posibilidad de afectación económica y pérdida reputacional en los convenios /o contratos por falta de seguimiento en las condiciones acordadas entre las partes.	El profesional del área de convenios verifica que la información suministrada por la entidad corresponda con los requisitos establecidos de contratación a través de una lista de chequeo donde están los requisitos para contratación. Los convenios que cumplen son registrados en la base de datos de convenios del departamento (FOR-PS-085).	Ejecución y Administración de procesos	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	El control definido es pertinente y apropiado, ya que verifica que la información y documentación de los convenios cumpla con los requisitos establecidos, utilizando listas de chequeo y registrando los convenios aprobados en una base de datos formal (FOR-PS-085). Sin embargo, su eficacia es limitada, porque se centra únicamente en la validación inicial de requisitos, sin incorporar seguimiento sistemático durante la ejecución del convenio. No contempla mecanismos para verificar que las condiciones pactadas entre las partes se cumplan a lo largo del tiempo, ni alerta temprana sobre incumplimientos que puedan generar afectación económica o pérdida reputacional.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

6. Bienestar	Posibilidad de afectación económica y reputacional por quejas, reclamos y/o sanciones debido a la inoportuna o inadecuada atención en primer nivel en salud física y mental dirigidas a la comunidad Universitaria.	La líder de la sección funcional salud de la Vicerrectoría de Bienestar Universitario realiza el seguimiento al cumplimiento de la ejecución de las actividades contractuales de los operadores en salud (física y de área protegida), así mismo la líder de la sección funcional salud y/o jefe del departamento de Dlo. Humano Integral revisa el cumplimiento del programa de salud mental a través de reuniones periódicas con los operadores y seguimiento a la atención brindada a la comunidad universitaria.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	El control definido es pertinente y adecuado, ya que establece seguimiento a la ejecución de actividades contractuales de los operadores de salud física y mental, mediante reuniones periódicas y supervisión del cumplimiento de programas de atención. Esto contribuye a reducir la probabilidad de quejas, reclamos o sanciones derivadas de atención inadecuada. Sin embargo, su eficacia es limitada, dado que el control depende principalmente de la supervisión manual y periódica, sin mecanismos formales de verificación objetiva, indicadores de desempeño ni evidencias documentadas de cumplimiento y calidad de la atención. Además, no contempla mecanismos de alerta temprana ni seguimiento individualizado de casos críticos, lo que puede permitir que incidencias importantes lleguen a generar afectación económica o reputacional antes de ser detectadas.
7. Gestión Ambiental	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos por multa y sanciones del organismo de control ambiental, debido al incumplimiento de los requerimientos normativos ambientales aplicables.	El equipo SGA evalúa el cumplimiento de la normatividad ambiental en cada una de las normativas aplicables a la Universidad, comunicando a las partes interesadas el cumplimiento normativo que debe realizar su área a fin de dar cumplimiento a esta normatividad.	Fiscal	Moderada	No tiene plan de acción (No aplica)	El control es pertinente, ya que el equipo del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) verifica el cumplimiento de la normatividad ambiental aplicable y comunica a las áreas responsables los requerimientos que deben atender, lo que contribuye a reducir el riesgo de multas y sanciones por incumplimiento. Sin embargo, su eficacia es limitada, dado que se trata principalmente de un control reactivo y

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

						comunicativo. Se centra en la evaluación y notificación, pero no establece mecanismos formales de seguimiento, verificación objetiva ni evidencia documentada de que las áreas hayan cumplido los requerimientos comunicados. Además, no contempla indicadores de desempeño ni alertas tempranas que permitan prevenir incumplimientos antes de que se materialicen en sanciones.
--	--	--	--	--	--	---

• **Riesgos Bajos: 1**

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	<u>Observación OCI</u>
1. Gestión Talento Humano	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos por el no cobro de incapacidades, debido al incumplimiento de la legislación vigente en la materia.	El profesional encargado del recobro de incapacidades verifica que el proceso se esté desarrollando de acuerdo con lo establecido en la guía DOC-TH-020, específicamente para el FOR-TH- 065 (Formato de radicación de incapacidad por enfermedad común).	Fiscal	Baja	Seguimiento de cumplimiento de lo establecido en la guía DOC-TH-020, específicamente para el FOR-TH- 065 (Formato de radicación de incapacidad por enfermedad común).	El control es pertinente, ya que el profesional encargado verifica que el proceso de recobro de incapacidades se desarrolle conforme a la guía DOC-TH-020 y utilizando el formato FOR-TH-065, lo cual ayuda a asegurar que el procedimiento cumpla la legislación vigente. No obstante, su eficacia es limitada, porque se trata de un control manual y puntual, enfocado únicamente en la verificación del proceso de radicación de incapacidades, sin mecanismos formales de seguimiento a los cobros, indicadores de gestión ni evidencia documental que demuestre que las incapacidades se cobran efectivamente. Además, no prevé alertas tempranas ante

						retrasos o inconsistencias, lo que puede generar incumplimiento legal y afectación de recursos públicos.
--	--	--	--	--	--	---

Luego de evaluar la gestión de riesgo en el marco del alcance de este informe, e puede concluir lo siguiente: Se cumplió con el objetivo del seguimiento con corte a 31 de diciembre 2025, dispuesto en la Resolución No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 por la cual se aprueba la política de administración de riesgos institucional. Se revisó la documentación soporte y anexos enviados por la Oficina de Planeación como son las actas de reunión por procesos, en donde se evidencia la revisión de cada uno de los riesgos asociados a los mismos en acompañamiento con los líderes de calidad asignados, así como la matriz de riesgos institucionales (de gestión y fiscales) consolidada por procesos según la Guía de Riesgos DAFT en su sexta versión.

Dada la importancia de una correcta administración de riesgos, se sugiere continuar con la actividad de autoevaluación de los mismos teniendo en cuenta las observaciones descritas en estos informes y determinar su viabilidad con la finalidad de que se hagan los ajustes que se consideren pertinentes. Es importante la valoración de los controles ejercidos por la primera línea de defensa en cada proceso que mitiguen las causas de manera óptima.

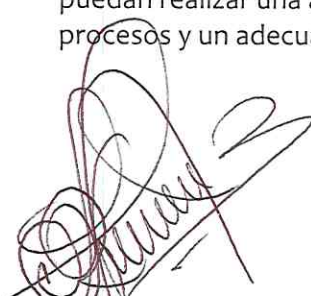
6. RECOMENDACIONES

Luego del ejercicio de evaluación de riesgos institucionales, detallados en el presente informe, desde la Oficina de Control Interno, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Tener en cuenta las observaciones presentadas en el informe y determinar las oportunidades para la mejora en la administración de los riesgos de gestión y riesgos fiscales de la institución.
2. Actualizar la política institucional de riesgos definida en la Resolución No. 001415 del 12 de septiembre de 2017 y presentar al Consejo Superior para su aprobación, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 26, numeral a). del Acuerdo Superior No. 000001 del 23 de julio de 2021, en donde se establece como funciones del Consejo Superior, fijar las políticas generales de la institución.
3. Hacer seguimiento oportuno desde el proceso de Direccionamiento Estratégico a la nota de mejora #456 abierta en Isolucion, la cual se encuentra vencida desde el 31 de enero 2025.
4. Revisar las líneas de defensa y sus roles. Redefinirlas y aprobarlas a través de la actualización de la Resolución 1391 de 26 de abril de 2021 y socializar las responsabilidades de cada uno de los actores en la gestión de riesgos en la universidad.

INFORME DE LEY DE CONTROL INTERNO

5. Socializar el presente informe con los responsables y delegados de calidad en cada uno de los procesos para la toma de decisiones, teniendo en cuenta los cambios en el personal directivo y de apoyo en las diferentes áreas y dependencias de la Universidad.
6. La Alta Dirección junto con el Departamento de Gestión de Talento Humano, deben actualizar el Código de Ética de la Universidad del Atlántico definido en el Acuerdo Superior No. 000011 del 28 de noviembre de 2008; el cual, para efectos de la actual normativa establecida en el Decreto 1122 de 2024, se define como el Código de Integridad de la institución. (Ver recomendación dada en el Informe de transparencia y acceso a la información pública y racionalización de trámites).
7. Realizar unas capacitaciones sobre la clasificación de los riesgos y las líneas de defensa para que tanto los líderes como los delegados de calidad tengan claro los conceptos y puedan realizar una adecuada clasificación a los riesgos identificados en cada uno de los procesos y un adecuado alcance de los controles definidos para los mismos.



Roberto Henríquez Noriega
Jefe – Oficina de Control Interno

Proyecto: Jennifer Gómez – Técnico Administrativo

