

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA ADMINISTRACION DE RIESGOS DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO - Abril 2026

OFICINA DE
CONTROL INTERNO
UNIVERSIDAD DEL
ATLANTICO

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 abril 30- 2026.

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 30 de abril 2026.

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

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 diciembre 2025 hasta abril 2026, 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 abril 2026.

Lo que indica la tabla en la zona de riesgo inherente es que, en el periodo correspondiente a corte de abril 2026, se evaluaron **86 riesgos de gestión y fiscales**; de los cuales **5** se clasificaron como extremos, **29** altos, **45** 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 preventivas pertinentes para fortalecer los controles definidos para cada uno de éstos riesgos sobre todo aquellos en zona de riesgo inherente alta.

		Zona de Riesgo Inherente			
Proceso	# Total de Riesgos	Extremos	Altos	Moderados	Bajos
Bienestar Universitario	4		1	2	1
Autoevaluación, Acreditación y Mejoramiento continuo	4		1	3	
Control Disciplinario	4			4	
Control Interno	4			2	2
Direccionamiento Estratégico	9	4	3	1	1
Docencia	10		4	6	
Extensión y P.S.	8		4	4	
Gestión Ambiental	3			3	
Gestión Bienes, Sum. Y Servicios	7		4	3	
Gestión Calidad	3		2	1	
Gestión Talento Humano	6	1		3	2
Gestión Documental	7		7		
Gestión Financiera	3		2	1	
Gestión Jurídica	3		2	1	
Gestión Tecnológica	3			3	
Investigaciones	5			5	
RII	3			3	
TOTALES	86	5	29	45	5

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

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.

MUESTRA SELECCIONADA

Tamaño de la muestra:
Para definir el tamaño de la muestra auditable, del total de los 86 riesgos de gestión y fiscales, se tomó una **muestra para evaluar del 100% para los riesgos extremos, y del 10% para los riesgos en zonas Alta, Moderada y Baja**, lo que equivale a **14 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	5	5	100%
Alto	29	3	10%
Moderado	45	4	10%
Bajo	5	2	10%

Fuente: Propia

Análisis de la muestra auditable seleccionada:

- Riesgos Extremo: 5

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. El equipo de SST realiza trimestralmente la medición del indicador asociado al proceso verificando el cumplimiento de la meta e implementa acciones en caso de ser necesario.	Relaciones Laborales	Extremo	Seguimiento al plan anual. Reprogramación de la actividad que haya quedado como pendiente para el mes inmediatamente siguiente.	Adecuada descripción del riesgo y controles. Se tiene en cuenta la recomendación realizada en la evaluación anterior y se crean un control más preventivo.
2. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional por deficiencia en la gestión requerida para sostener la Acreditación Institucional, a causa de falta de recursos y ejecución de estrategias para implementar las acciones planteadas en el plan de mejoramiento institucional, así mismo insuficiente seguimiento de las actividades	El Jefe de la Oficina de Planeación y su equipo realiza seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional y verifica el avance en el cumplimiento de las actividades por parte de cada responsable según el plazo establecido. Elaborar informe ejecutivo y comunicar a las diferentes dependencias responsables de las acciones y su seguimiento.	Ejecución y Administración de procesos	Extremo	Socializar y sensibilizar el Plan de Mejoramiento de Acreditación Institucional a las dependencias involucradas.	Adecuada descripción del riesgo y controles.
3. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional por reporte a SNIES con deficiencia en completitud,	Jefe de Oficina de Planeación y el profesional especializado realizan un cronograma con base en la resolución 9573 del 2021, en el cual se describe la fecha de entrega de la		Extremo	Elaborar el procedimiento de organización del reporte a SNIES de	Adecuada descripción del riesgo y controles.

	oportunidad y veracidad, a causa de débil proceso de organización, depuración, validación de la información de las diferentes dependencias.	información por variable de cada dependencia y realizan capacitaciones del diligenciamiento de las planillas y manejo de los módulos, validan la información estadística por variable entregada por las áreas productoras de la información, retroalimentando a los líderes funcionales por correo electrónico y/o reuniones.	Ejecución y Administración de procesos		forma completo, oportuna y veraz.	
4. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica y reputacional por suspensión de actividades académico-administrativas a causa del inconformismo de las partes interesadas.	El Rector y Vicerrectores lideran espacios de diálogo y concertación con las partes interesadas inconformes, generando acuerdos escritos (hojas de ruta y/o actas de concertación), para lograr en el corto plazo la normalización de las actividades académicas/administrativas	Ejecución y Administración de procesos	Extremo	Implementar estrategias de rendición de cuentas de una y doble vía, que permita espacios de diálogos y conocimiento de la percepción de la comunidad universitaria respecto a la gestión institucional	Replantear la ubicación del proceso que custodia este riesgo, teniendo en cuenta los controles. Debería estar repartido entre la Vicerrectoría de Docencia y el Departamento de Talento Humano.
5. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación económica por disminución de número de inscritos en los procesos de admisiones a casusa de oferta de programas académicos de pregrado y posgrado poco atractiva para la ciudadanía.	El Rector y Vicerrectores fomentan la creación de nuevos programas académicos de pregrado y posgrado, de acuerdo a la tendencia del mercado y estudio de pertinencia.	Ejecución y Administración de procesos	Extremo	Implementar las recomendaciones del estudio de pertinencia, para la creación de nuevos programas.	Replantear la ubicación del proceso que custodia este riesgo. Teniendo en cuenta la descripción y los controles del riesgo, debería ser un riesgo del proceso de Docencia.

• Riesgos Altos: 3

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. 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. El profesional encargado realiza revisiones regulares de los procesos de archivo y conservación documental a través de la inspección de los registros en las diferentes prácticas de conservación documental.	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.	Quando se menciona en los controles la realización de revisiones regulares de los procesos de archivos, no se está estableciendo una periodicidad clara y definida. Se sugiere especificar cada cuánto se realizan estas revisiones regulares.
2. Extensión y Proyección Social	Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes públicos en custodia, por pérdida, extravío, hurto, robo o declaración de bienes faltantes en los Cursos de Lenguas Extranjeras (CLE), a causa de asonadas dentro de las instalaciones.	El profesional y/o técnico administrativo del Proyecto de Cursos Libres de Lenguas Extranjeras realiza inspecciones rutinarias, se evidencia mediante el seguimiento al inventario como documento no controlado.	Fiscal	Alto	Realizar visitas periódicas de inspección en los Cursos de Lenguas Extranjeras (CLE) y se entregue una vez al año el informe del estado en que se encuentra los bienes.	Se sugiere redactar de manera más ampliada y clara la descripción del control. Por ejemplo: Quando se menciona en los controles la realización de inspecciones rutinaria al inventario, no se está estableciendo una periodicidad clara y definida. Se sugiere especificar cada cuánto se realizan estas

3. Gestión Bienes, Sum. Y Servicios	Posibilidad de afectación económica y reputacional por daño o hurto de bienes muebles e inmuebles, a causa de deficiente control en el acceso, seguridad y/o vigilancia de las instalaciones.	1. El Jefe del Departamento de Infraestructura Física y Servicios Generales gestiona a través de la contratación de una empresa formada y certificada en seguridad, el permanente monitoreo de las instalaciones mediante el sistema CCTV instalado para Sede Norte, así mismo rondas de vigilancia y reporte/notificación de situaciones de riesgo de acuerdo a su entrenamiento para todas las sedes. Adicionalmente la supervisión del contrato y realización de reuniones de control y seguimiento. 2. El Departamento de Gestión de Compras y Contratación contrata un intermediario de seguro que garantice el total cubrimiento en pólizas de los bienes de la Universidad.	Daños activos físicos	Alto	Coordinar campañas de sensibilización en la comunidad universitaria con relación al autocuidado (seguridad de vehículos), alerta de situaciones de riesgo y seguridad (comunicación con sala de monitoreo)	El control en el acceso a la Universidad es de vital relevancia y aunque se realiza a través del personal de vigilancia, se sugiere mejorar a través de biometría y control de huellas el acceso no solo para seguridad de la comunidad universitaria sino también para el control de acceso a visitantes.
-------------------------------------	---	--	-----------------------	------	--	--

• Riesgos Moderados: 4

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. Extensión y Proyección Social	Posibilidad de afectación económica y pérdida reputacional por incumplimiento en las condiciones pactadas en los convenios y/o contratos debido a la falta de seguimiento o supervisión por parte del personal encargado.	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 (FOR-PS-055). Los convenios que cumplen son registrados en la base de datos de convenios del departamento (FOR-PS-085). El profesional del área de convenios realiza seguimiento por medio de reuniones y/o correos electrónicos a las dependencias o facultades que tengan contratos o convenios suscritos. (FOR-PS-055)	Ejecución y Administración de procesos	Moderada	No aplica	Adecuada descripción del riesgo y controles.
2. Extensión y Proyección Social	Posibilidad de afectación económica y reputacional por cese forzoso de las actividades académicas presenciales, por parte de la comunidad educativa de la Universidad del Atlántico, debido a que no se alcance el punto de equilibrio que no permite la auto sostenibilidad de los cursos.	El jefe del Departamento de Extensión y proyección social reprograma calendario para darle continuidad a las actividades académicas a través de reuniones con el equipo del área académica de los CLE, se evidencia por medio de acta de reunión y se realiza la respectiva publicación de la modificación, en la página web de la universidad, en las redes sociales y en los grupos de WhatsApp de tutores. El Jefe del Departamento de Extensión y Proyección Social, asigna un rubro presupuestal para el arrendamiento de otros	Ejecución y Administración de procesos	Moderada	Realizar reunión en caso dado, para dar continuidad a las clases.	Adecuada descripción del riesgo y controles.

		centros educativos en caso de que sea necesario, lo cual se evidenciará a través de: cdp expedido por la rectoría de la Universidad del Atlántico y contratos de arrendamiento.			Se realice en caso dado lo amerite.	
3. Docencia	Posibilidad de afectación económica por retrasos en la producción, montaje de cursos virtuales, discrepancias entre los contenidos aprobados y los implementados en el aula virtual, debido a la debilidad en la planeación, articulación y seguimiento de los procesos de diseño, actualización, gestión documental y producción de cursos virtuales y recursos educativos digitales por parte de las áreas y facultades responsables.	El líder del área pedagógica y el DAF asignados por el jefe del DEV para el asesoramiento al docente y la creación del curso virtual y/o sus componentes, verifica el cumplimiento de las actividades asociadas a la creación y puesta en funcionamiento de un recurso y ante cualquier inconsistencia identificada se procede a comunicar a los actores del proceso. Para ello cuenta con el documento de apoyo MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE RUTA DE PRODUCCIÓN DE RECURSO DIGITAL	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	Moderada	No aplica	Adecuada descripción del riesgo y controles.
4. Docencia	Posibilidad de afectación reputacional por la baja interacción y atención oportuna a los estudiantes matriculados en programas virtuales debido a la debilidad en las estrategias de acompañamiento y seguimiento académico virtual por parte de los docentes.	El docente delegado por el decano para el ejercicio de actividades académico-administrativa verifica periódicamente el registro de actividades académicas desarrolladas por los docentes en el campus virtual y los reportes de rendimiento académico de los estudiantes por asignatura, mediante la revisión de la plataforma institucional y los informes presentados por cada docente. El docente delegado por el decano para el ejercicio de actividades académico-administrativa realiza seguimiento al cumplimiento de los encuentros sincrónicos programados en las asignaturas virtuales mediante la validación de horarios, enlaces de reunión y registros de asistencia en la plataforma Zoom, así como la verificación con docentes y estudiantes; los incumplimientos detectados son reportados para el seguimiento correspondiente.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	Moderada	No aplica	Adecuada descripción del riesgo y controles.

• Riesgos Bajos: 2

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	Plan de Acción	Observación OCI
1. Bienestar Universitario	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la inoportuna o inadecuada atención en el primer nivel de atención en salud física y mental a la comunidad universitaria en las distintas sedes, debido a limitaciones en la capacidad operativa y en la gestión del servicio de salud.	1. 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 Dllo. 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 y reporte de indicadores de atención asociados a la Sección Salud. 2. La líder de la sección funcional Salud de la Vicerrectoría de Bienestar Universitario junto con su equipo realizan actividades de promoción y mantenimiento de la salud para la comunidad universitaria, mediante campañas sobre cuidado personal, hábitos saludables y atención en primer nivel. 3. La líder de la sección funcional de salud verifica que el consultorio cumpla con las condiciones requeridas para una adecuada prestación al iniciar el semestre.	Usuarios, productos y prácticas , organizacionales	Baja	Realizar plan de mejoramiento en relación a lo encontrado en las reuniones de seguimiento y PQRS recibidas.	Adecuada descripción del riesgo y controles.
2. Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación reputacional por cumplimiento menor al 70% de la meta global del Plan de acción Institucional establecida para cada vigencia a causa de la falta de asignación de recursos (financieros, tiempo y personal) para la ejecución de las actividades propuestas en el Plan de Acción.	Liderar el proceso de formulación articulado a las metas del Plan de Desarrollo Institucional PDI; realizar el seguimiento del Plan de Acción institucional mediante los documentos de apoyo (FOR-DE-144, FOR-DE-143). Así mismo la formulación presupuestal para el funcionamiento de cada dependencia y su articulación con el Plan (FOR-DE-075, FOR-DE-110, FOR-DE- 085).	Ejecución y Administración de procesos	Baja	No aplica	Adecuada descripción del riesgo y controles.

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 30 de abril 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.

A través de un comunicado interno recibido por el sistema Orfeo, el día 05 de mayo de 2026, la Oficina de Planeación le manifiesta a la oficina de Control Interno, entre varios puntos lo siguiente: *“Conforme a las actualizaciones metodológicas emitidas por el DAFT en materia de gestión de riesgos, se estableció un período de transición para la adopción de la nueva metodología contenida en la Guía de Administración de Riesgos y Diseño de Controles, adoptada el 14 de septiembre de 2025, fijando como fecha máxima para su implementación integral el 14 de septiembre de 2026. Dicho plazo fue precisado en los lineamientos institucionales, una vez formalizados los criterios técnicos por parte del DAFT”.*

Dado lo anterior, se presenta este informe con base en la versión 6 de la Guía DAFT, en tanto culmina el periodo de transición para la implementación de la versión 7, la cual será posteriormente evaluada por la Oficina de Control Interno.

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. Con el propósito de fortalecer la trazabilidad, seguimiento y control de las actividades asociadas a la actualización de la Política de Administración de Riesgos Institucional, se recomienda incorporar y actualizar en la Gestión de Cambio No. 176 las actividades propuestas por la Oficina de Planeación en concordancia a la comunicación interna remitida por la Oficina de Planeación a la Oficina de Control Interno, a través del sistema Orfeo, con fecha 8 de mayo de 2026, definiendo responsables, fechas de inicio y cierre, así como los recursos requeridos para su ejecución.
3. Evaluar la pertinencia de crear en la plataforma Isolución una Gestión de Cambio específica para el Programa de Transparencia y Ética Pública, que articule iniciativas relacionadas con la actualización de la Política de Administración de Riesgos Institucional, la actualización del Código de Integridad y Ética Pública y la revisión de la estructura del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, establecida mediante la Resolución Rectoral No. 1391 del 26 de abril de 2021.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Capacitar al personal de Planeación, Control Interno, responsables de procesos y delegados de calidad de la Universidad del Atlántico sobre la nueva versión 7 de la Guía de Administración y Gestión de Riesgos de la Función Pública DAFT y adaptar las políticas, lineamientos y herramientas de seguimiento institucionales a esta nueva versión.

8. Fortalecer la definición y articulación de responsabilidades frente a la ejecución, seguimiento y monitoreo de los controles, considerando que algunos de estos pueden ser desarrollados por dependencias o procesos distintos al propietario del riesgo, bajo un esquema de controles combinados o cruzados. En estos casos, el proceso responsable del riesgo debe mantener la trazabilidad, supervisión y monitoreo sobre la efectividad de dichos controles, sin que ello implique el traslado total de la responsabilidad de la gestión del riesgo.



Roberto Henríquez Noriega
Jefe – Oficina de Control Interno

Proyecto: Jennifer Gómez – Técnico Administrativo