

## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA VIGENCIA 2025

<b>OBJETIVOS</b>	<p>Evaluar la metodología establecida por la Universidad para identificar, analizar y tratar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.</p> <p>Hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de la autoevaluación, monitoreo y control de los riesgos por procesos del SIGC para verificar la adecuada aplicación de los controles y las actividades de monitoreo.</p>
<b>ALCANCE</b>	<p>En el marco de su función de evaluación y seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno presenta el Informe, mediante el cual se analiza de manera integral la ejecución, efectividad y oportunidad de las acciones y controles definidos para la mitigación de los riesgos previamente identificados por las distintas dependencias de la Universidad de la Amazonia.</p> <p>El informe permite verificar la efectividad de los controles, el avance en los planes de mejoramiento del riesgo y la coherencia de las acciones adoptadas frente a los niveles de riesgo establecidos, así como identificar, debilidades o brechas que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, estratégicos y misionales.</p>
<b>DESARROLLO</b>	
<p>La Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento a lo dispuesto en el procedimiento PD-E-GC-05 procedimiento para la evaluación y seguimiento de la gestión del riesgo de la Universidad de la Amazonia, en sus diferentes numerales (5.1 al 5.4) ha realizado seguimiento a los controles existentes y acciones de tratamiento determinados conforme a los riesgos identificados y evaluados en la matriz de riesgos de cada uno de los procesos y los cuales se encuentran registrados en el Mapa de Riesgos Institucional FO-S-AC-15-01.</p> <p>Con base en lo anterior, se ha permitido el análisis y la gestión de los posibles eventos generadores de riesgo, tanto internos como externos, así como aquellos que puedan incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para ello, se han definido acciones orientadas a su control, identificando las necesidades de las partes interesadas relevantes y llevando a cabo la identificación, análisis, evaluación, valoración y tratamiento de los riesgos institucionales, con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión y la visión de la entidad.</p> <p>En los informes finales consignados en el formato FO-E-GC-02-04 correspondientes a las auditorías internas, se informa a los gestores de proceso sobre los controles existentes que no se están aplicando y sobre las acciones de tratamiento que no han sido implementadas, con el</p>	

propósito de que las acciones de mejora sean definidas en los planes de mejoramiento que se formulan con posterioridad a la ejecución de la auditoría.

De igual manera, en los informes periódicos presentados al Consejo Superior Universitario y al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, se registra de forma integral la información relacionada con las No conformidades y observaciones identificadas en cada uno de los procesos auditados, incluyendo los aspectos asociados a la gestión del riesgo. Así mismo, en cada proceso se 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 cada riesgo por proceso de la siguiente manera:

### RIESGOS POR PROCESO AUDITADO

N° AUDITORIA	PROCESO	GESTION DEL RIESGO	NO CONFORMIDAD (Informe de Auditoría)	OBSERVACIÓN
1	Gestión de Control Disciplinario	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
2	Extensión y proyección social	No se ha realizado la identificación de los riesgos de la unidad mencionada.	Al momento de la auditoria no se evidenciaron riesgos identificados en la Matriz de Riesgos Institucional del Departamento de Extensión y/o Proyección Social.	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso se dio cumplimiento a las acciones correctivas.
3	Gestión de la Información y la Comunicación (calidad)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
4	Gestión Graduados	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
5	Gestión De Bienestar Institucional	Controles y acciones de tratamiento no se han	Se materializó el riesgo "Pérdida y daño de elementos de bienestar	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento

		cumplido totalmente.	universitario" establecido en la matriz de riesgos institucional del proceso gestión de bienestar institucional, teniendo en cuenta que mediante oficio DBU-020 del 29/01/2025 manifiesta perdida o presunto robo de siete (7) Tablet's del Programa Tablet's Uniamazonia.	presentado por el líder del proceso se dieron cumplimiento a las acciones correctivas.
6	Gestión Visibilidad Nacional e Internacional (Calidad)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
7	Gestión Servicios y Mantenimiento	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
8	Gestión tecnológica	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
9	Docencia (Matrícula Estudiantes Nuevos) 2024-2 y 2025-1	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
10	Gestión de Planeación (calidad)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
11	Gestión de planeación – PDI	Los controles y acciones de tratamiento	N/A	N/A

		se han cumplido.		
12	Gestión de apoyo académico – Clínicas de grandes y pequeños animales, laboratorio clínico veterinario, inventario y procedimiento novedades de semovientes y biblioteca.	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	<b>Laboratorio Clínico Veterinario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>En el proceso de verificación se evidencio la materialización de los riesgos para las vigencias auditadas teniendo en cuenta que los controles y acciones de tratamiento no son efectivos para los riesgos establecidos en la matriz institucional del laboratorio clínico veterinario.</li> <li>No se tiene identificados y registrados los riesgos de Imparcialidad en el mapa de riesgos y oportunidades universidad de la amazonia.</li> </ul>	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar las no conformidades.
			<b>CLÍNICA DE GRANDES ANIMALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha llevado a cabo en la clínica de grandes</li> </ul>	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las

			<p>animales la identificación y evaluación de los riesgos de gestión para ser reportados en el mapa de riesgos institucional.</p>	<p>acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad.</p>
			<p><b>DEPARTAMENTO BIBLIOTECA E INFORMACIÓN CIENTÍFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció que la dependencia no cuenta con riesgos identificados en la matriz de riesgos Institucionales, así como tampoco, en la matriz de riesgos de corrupción.</li> </ul>	<p>En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad.</p>
13	<p>Gestión y defensa jurídica (Calidad, Gestión, Riesgos, Solicitud de apoyo financiero para estudios posgraduales a docentes y administrativos)</p>	<p>Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.</p>	<p>Durante la auditoría, se verificaron la matriz de riesgos institucional y el mapa de riesgos de corrupción, y se evidenció que no se ha identificado ningún riesgo relacionado con el manejo o la omisión de las pólizas de garantía que deben adquirirse al firmar o</p>	<p>En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad.</p>

			modificar las cartas convenio o su otrosí. Esta situación resulta preocupante, ya que deja un vacío en la gestión del riesgo del proceso, al no contemplar un aspecto que puede comprometer la legalidad y la protección de los recursos de la Universidad.	
14	Gestión financiera (Legalización de Avances)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
15	Investigación	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
16	Gestión ambiental	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	A fecha de la auditoria se evidenció que el proceso de gestión ambiental no cuenta con riesgos en el mapa de riesgos institucional.	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso se dieron cumplimiento a las acciones correctivas.
17	Gestión documental (Calidad, Gestión del riesgo e indicadores de gestión)	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	A fecha de la auditoria no se evidenciaron riesgos identificados en la Matriz de Riesgos Institucional del proceso Gestión Documental.	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso se dio cumplimiento a las acciones correctivas.
18	Aseguramiento De Calidad	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció el incumplimiento de las acciones de tratamiento establecidas para los	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las



			<p>riesgos identificados en el mapa de riesgos y oportunidades de la Universidad de la Amazonia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No acatamiento de las acciones resultado de las auditorías de ICONTEC.</li> <li>• No información a la Alta dirección de los resultados de la revisión por la dirección.</li> </ul>	<p>acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad</p>
19	Gestión de compras y contratación	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	A la fecha de la auditoría, no se identificó ningún riesgo asociado a la piscina y a la sede social en el Mapa de Riesgos Institucional, lo cual evidencia una omisión en la identificación, análisis y valoración de riesgos que pueden afectar la gestión y seguridad de estos espacios.	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad
20	Docencia (calidad)	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	A fecha de la auditoria no existe registro en el mapa de riesgos institucional de riesgos identificados para el proceso Docencia.	En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad
21	Gestión de Talento Humano (Gestión de Calidad, Riesgos, SIGEP, Gestión de Nómina e	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se llevó a cabo para la vigencia auditada la evaluación del personal de carrera administrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso no se</li> </ul>

	Ingreso de Personal)		<p>generando materialización del riesgo "Deficiente desempeño laboral" teniendo en cuenta que el control existente "Evaluación del desempeño" no se aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se observó que el riesgo "Errores en el cálculo de los salarios y deducciones" identificado en la matriz de riesgo institucional y del proceso Gestión Talento Humano no presenta controles definidos en la matriz.</li> <li>No se evidencia la evaluación del Diplomado en Comunicación Empresarial desarrollado el 19/09/2024, por cada uno</li> </ul>	<p>dio cumplimiento a las acciones correctivas registradas para subsanar la no conformidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso se dieron cumplimiento a las acciones correctivas.</li> <li>En el proceso de seguimiento y/o evaluación al plan de mejoramiento presentado por el líder del proceso se dieron</li> </ul>
--	----------------------	--	---	--



			de los participantes y asistentes en el formato FO-A-TH-05-02, lo que constituye un incumplimiento en la aplicación del control y acción de tratamiento del riesgo identificado como “Capacitación Deficiente e Insuficiente”.	cumplimiento a las acciones correctivas.
22	Gestión financiera	Controles y acciones de tratamiento no se han cumplido totalmente.	A la fecha de la auditoría NO se ha realizado la legalización ni el reintegro de los recursos asignados mediante desembolso (avance) al docente Cristhian Ricardo Santos Gutiérrez, de acuerdo con la Resolución Rectoral No. 3317 del 11/11/2022, por valor de \$192.000, destinados para orientar un espacio académico programado los días 13 y 26 de noviembre de 2022. Según información suministrada por el Departamento Gestión de Talento Humano, el docente se desempeñó como	<b>Nota:</b> El proceso se encuentra pendiente de realizar el primer seguimiento al plan de mejoramiento presentado.

			catedrático únicamente entre el 08/08/2022 y el 09/12/2022, sin encontrarse vinculado posteriormente. Por lo anterior se materializa el riesgo de “Pérdida de recursos económicos”, así como fallas en el control “Control en legalizaciones de avances”.	
23	Gestión Financiera (Deudores educativos-arrendamientos)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
24	Gestión Integral Sedes Leticia y San José del Guaviare	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
25	Gestión de control	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
26	Gestión Visibilidad Nacional e Internacional (Convenios)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
27	Gestión Financiera (Inventario)	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
28	Docencia (Matrícula Estudiantes)	Los controles y acciones de	N/A	N/A

	Nuevos y Antiguos) 2025-2	tratamiento se han cumplido.		
<b>29</b>	Gestión Tecnológica – Sistema de Información Misional Chaira	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A
<b>30</b>	Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo	Los controles y acciones de tratamiento se han cumplido.	N/A	N/A

### ANALISIS

Para la vigencia evaluada, la Universidad de la Amazonia cuenta con un total de 106 riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional, los cuales corresponden a los diferentes procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Durante el periodo evaluado, se identificó la materialización de 16 riesgos, lo cual indica que aproximadamente el 15 % del total de riesgos que afectaron el cumplimiento de los objetivos institucionales.

<b>RIESGOS Y OPORTUNIDADES UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA</b>	<b>RIESGOS MATERIALIZADOS</b>	<b>RIESGOS SUBSANADOS</b>
106	16	6

Se logró la subsanación de 6 riesgos, lo que equivale aproximadamente al 37 % de los riesgos que se materializaron. La subsanación de estos riesgos se relaciona con, implementación oportuna de acciones correctivas, ajustes a los controles existentes, seguimiento efectivo a los planes de mejoramiento, intervención directa de los responsables del proceso.

La materialización de riesgos y el bajo porcentaje de subsanación indican la necesidad de fortalecer el monitoreo continuo y la responsabilidad de los líderes de proceso.

### RECOMENDACIONES

- ✓ Establecer alertas tempranas institucionales para riesgos críticos o materializados, que permitan informar oportunamente cuando se identifique incumplimiento reiterado de controles o acciones de tratamiento.

- ✓ Fortalecer la gestión del riesgo en procesos misionales y de apoyo académico, considerando su impacto directo en la calidad del servicio educativo y la reputación institucional, dado el número de riesgos recurrentes evidenciadas en estos procesos.
- ✓ Mejorar la formulación de los objetivos de los procesos, es decir, que contengan unos atributos mínimos de medición, para lo cual se podría hacer uso de las características SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales), esto con el fin de identificar riesgos que sean coherentes al objetivo del proceso.
- ✓ Capacitar a los responsables de procesos y delegados de calidad sobre la administración y gestión de riesgos.
- ✓ Identificar posibles nuevos riesgos que puedan impactar la gestión de los procesos, teniendo en cuenta el marco legal y los cambios internos y externos que aplique a cada uno de ellos.
- ✓ La Oficina Asesora de Aseguramiento de la calidad como responsable de actualizar anualmente el mapa de riesgos institucional se le recomienda requerir nuevamente a los líderes de aquellos procesos que no han realizado la labor de identificar y evaluar los riesgos que le son pertinentes en función de aplicar lo dispuesto al Acuerdo 09 del 2010 del Consejo Superior Universitario y al procedimiento para la gestión del riesgo y oportunidades (PD-S-AC-15).
- ✓ Que los gestores de los procesos realicen la actualización anual de la matriz de riesgos de su proceso y se dé cumplimiento a lo registrado en los planes de mejoramiento con respecto a controles y acciones de tratamiento para reducir, asumir, transferir o evitar el riesgo.
- ✓ Es pertinente que se evalúe la posibilidad de implementar acciones por parte de la Alta Dirección para quienes no cumplen o no hacen oportunamente la identificación y evaluación de los riesgos de su proceso.
- ✓ Sería adecuado que en el mapa de riesgos institucional se registrara fecha de cumplimiento para cada una de las acciones de tratamiento que han definido los gestores de procesos para actuar frente al riesgo.

- ✓ Solicitar que los responsables de cada proceso realicen un monitoreo periódico de las acciones definidas para la administración de los riesgos identificados y de esta forma evitar que estos cambien de grado de exposición de la entidad al riesgo o se materialicen.

Cordialmente,



DIANA FERNANDA BERMEO MANTILLA  
Asesor Oficina Asesora de Control Interno

Elaboró: Jose David Vega Pimentel – Profesional Universitario

