

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Almacén e inventarios	Corrupción	Posibilidad de Tráfico de influencias en el trámite de pago de cuentas a cambio de beneficios de terceros.	1. El retraso en el pago de otros proveedores debido a manipulaciones internas afecta la puntualidad de los procesos y genera desconfianza entre los proveedores. 2. La pérdida de credibilidad ante los proveedores y usuarios, disminuye la confianza en la gestión administrativa. 3. Los procesos fiscales, penales y de responsabilidad administrativa pueden desencadenarse si se detectan irregularidades, con las posibles sanciones legales correspondientes.	El Profesional de almacén e inventarios verifica la información suministrada por los proveedores, supervisores y el personal encargado de la verificación de los bienes que ingresan a la Universidad de Pamplona a través de los procedimientos y formatos establecidos.	Bajo	El líder de la oficina de Adquisiciones y Almacén y el profesional universitario de apoyo verifican que la información proporcionada en las facturas coincida con las especificaciones del contrato. Además, mediante el acta de entrega, el supervisor del contrato confirma que los bienes recibidos cumplen con las descripciones establecidas en el mismo. A través del FAI-10 "Seguimiento de Facturas y Contratos para el Trámite de Pago de Proveedores", la oficina de Almacén e Inventarios realiza el seguimiento de las facturas ingresadas y enviadas a la oficina de contabilidad para el trámite correspondiente. Esta consolidación de información se realiza una vez cada semestre.	4 semana del mes de junio	4 semana del mes de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Se recomienda Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.
Almacén e inventarios	Corrupción	Apropiación indebida de Bienes de bodega en beneficio particular y/o de un tercero	1. La deficiencia en la prestación del servicio debido a la falta de recursos o bienes, como resultado de la apropiación indebida, afecta directamente el funcionamiento de las actividades y la calidad del servicio. 2. La apertura de procesos fiscales, penales y administrativos por la apropiación indebida de bienes puede resultar en sanciones severas tanto para los involucrados como para la institución. 3. El detrimento patrimonial institucional ocasionado por la pérdida o mal uso de los bienes	El Profesional de almacén e inventarios realiza inventario en bodega y comprueba la información en el aplicativo Gestasoft.	Bajo	El líder de la oficina de Adquisiciones y Almacén y el personal de apoyo comparan el inventario físico de los bienes en bodega con el FAI-02 "Requerimiento de Papelería y Útiles de Oficina" y los egresos generados en Gestasoft cada seis meses, con el objetivo de planificar la adquisición de los bienes necesarios.	4 semana del mes de junio	4 semana del mes de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Se recomienda Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.
Almacén e inventarios	Gestión	Posibilidad de pérdida de bienes de la Universidad de Pamplona	1. Detrimento patrimonial de los bienes de la Universidad de Pamplona. 2. Procesos fiscales, penales y de responsabilidad administrativa. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	El equipo de apoyo de almacén e inventarios revisa la información proporcionada por los proveedores, supervisores y responsables de la verificación de inventarios, utilizando los formatos establecidos.	Bajo	El líder de la oficina de Adquisiciones y Almacén, junto con el personal de apoyo, lleva a cabo una revisión del sistema Gestasoft y de los formatos FAI-01 (Inventarios), FAI-06 (Traslados y/o Traspasos de bienes) y FAI-09 (Toma física de inventarios y acta de bajas) para controlar los inventarios. Este procedimiento se consolida dos veces al año. Además, realizan inspecciones periódicas de los inventarios en los diferentes espacios físicos, registrando la información en los mismos formatos mencionados. Luego, comparan estos datos con los registrados en Gestasoft para identificar posibles inconsistencias. Esta información también se consolida dos veces al año.	4 semana del mes de junio	4 semana del mes de enero del siguiente año	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Se recomienda Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Almacén e inventarios	Gestión	Retraso en las gestiones y actividades académico-administrativas. Falta de eficiencia en la gestión y entrega de suministros de bienes necesarios para el desarrollo de las actividades académico-administrativas.	1. Retraso en el desarrollo de las actividades académico-administrativas, afectando el cumplimiento de los plazos y objetivos establecidos. 2. Pérdida de bienes y suministros, lo que genera un impacto negativo en el patrimonio institucional y en la disponibilidad de recursos para las actividades.	El equipo de apoyo de almacén e inventarios revisa la información proporcionada por los proveedores, supervisores y responsables de la verificación de inventarios, utilizando los formatos establecidos.	Bajo	El líder de la oficina de Adquisiciones y Almacén, junto con el personal de apoyo, verifica el requerimiento entregado por el solicitante en el formato FAI-02 "Requerimiento de Papelería y Útiles de Oficina", y consulta en Gestasoft la disponibilidad de los bienes para su entrega a las partes interesadas. Una vez realizados los envíos de los bienes, estos son descargados del sistema mediante el egreso. Este procedimiento se consolida dos veces al año.	4 semana del mes de junio	4 semana del mes de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Se recomienda Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.
Almacén e inventarios	Seguridad Digital	Pérdida de la información en el sistema	1. La generación de información inconsistente puede dificultar la toma de decisiones, ya que los datos no reflejan la realidad de manera precisa. 2. El acceso no autorizado a la información podría resultar en la divulgación indebida de datos confidenciales o en su manipulación por parte de personal no autorizado, comprometiendo la seguridad y la privacidad de la información.	el líder del proceso informa a soporte tecnológico periódicamente la suspensión de roles al personal que no tiene contratación.	Bajo	El líder de la oficina de Adquisiciones y Almacén, junto con el profesional universitario de apoyo, solicita a soporte tecnológico la suspensión de roles para el personal no contratado. Esta actividad se lleva a cabo cada vez que se necesite realizar dicha solicitud.	5 semana del mes de junio	5 semana del mes de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Se recomienda Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.o.
Almacén e inventarios	No Discriminación	Falta de Inclusión y No Discriminación.	1.La falta de una cultura inclusiva puede generar un ambiente de trabajo o de estudio tóxico, donde la discriminación no se combate activamente, lo que puede afectar la moral de los empleados, estudiantes y otros miembros de la comunidad institucional. 2. La no inclusión de ciertos grupos de la participación, afecta el desempeño general de la institución. La falta de un ambiente inclusivo puede	El líder de la oficina de Adquisiciones y almacén y el equipo de trabajo conoce e implementa la política que fundamenta el sello de no discriminación otorgado a la institución por el Ministerio de Interior e ICONTEC.	Bajo	Socialización en las reuniones de grupo de mejoramiento la política que fundamenta el sello de no discriminación otorgado por el Ministerio de Interior e ICONTEC.	5 semana del mes de junio	5 semana del mes de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha el proceso A la fecha, el proceso no reporta avance en la ejecución de esta acción. Sin embargo, dado que la fecha de finalización se encuentra dentro del plazo establecido, se mantiene la observación. Recomendación: Ejecutar la acción con el fin de mitigar el riesgo.
Apoyo al graduado	Gestión	Incumplimiento de requisitos ante el Ministerio de Educación en procesos de renovación de registros calificados y acreditación, debido a la baja participación de los Graduados en actividades de seguimiento	• Reducción del número de graduados en seguimiento. • Pérdida de relacionamiento con los graduados. • Desactualización de los datos de contacto de los graduados.	• Es requisito de grado el diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 0 (recién graduado). • Base de datos de los graduados a los cuales se les remite la solicitud de diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 1 (al año de graduación) y Momento 5 (a los 5 años de graduación). • Actividades dirigidas a los graduados que permiten realizar seguimiento.		• Diseño y ejecución de estrategias que promuevan la participación de los graduados en las actividades de seguimiento.	2025-02-01	2025-11-30	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Como parte de la estrategia de fidelización orientada a fortalecer el vínculo de los graduados con la Universidad, se han venido consolidando alianzas comerciales que generan beneficios para toda la comunidad de egresados. En este sentido, se han formalizado convenios con Rodizio, Pinchos y Asados S.A.S., El Patio Gastro Bar Cañaveral, Óptica Linda Visión Pamplona, Organización La Esperanza, CDA Avanzar – Centro de Diagnóstico Automotor y AMH Grupo Empresarial S.A.S. Estas alianzas incentivan a los graduados a mantener actualizados sus datos de contacto y fortalecen su sentido de pertenencia con la institución después de culminados sus estudios. Adicionalmente, se ha realizado la divulgación de dichos convenios a través de las redes sociales institucionales, garantizando su visibilidad y promoviendo la participación activa de los graduados en las actividades de seguimiento. Evidencia: Ver relacion de evidencias en el acta de reunión	Acción efectiva aunque requiere seguir ejecutando estrategias para su fortalecimiento	A la fecha las acciones se han ejecutado como estan establecidas sin embargo se recomienda en el ultimo seguimiento realizar un comparativo que permita identificar si la ejecución de las mismas ha sido efectivas y la participación de los graduados a aumentado.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Apoyo al graduado	Gestión	Incumplimiento de requisitos ante el Ministerio de Educación en procesos de renovación de registros calificados y acreditación, debido a la baja participación de los Graduados en actividades de seguimiento	• Reducción del número de graduados en seguimiento. • Pérdida de relacionamiento con los graduados. • Desactualización de los datos de contacto de los graduados.	• Es requisito de grado el diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 0 (recién graduado). • Base de datos de los graduados a los cuales se les remite la solicitud de diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 1 (al año de graduación) y Momento 5 (a los 5 años de graduación). • Actividades dirigidas a los graduados que permiten realizar seguimiento.	Moderado	• Diseño y desarrollo del Sistema de Información, guía y acompañamiento al graduado, establecido en el plan de gestión del cambio y mejora continua.	2025-02-01	2025-12-31	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Desde la Vicerrectoría de Bienestar y Extensión, se está desarrollando el portal web Indicadores Estadísticos "INEST" el cual proporciona las estadísticas de graduado. Evidencia: Link del portal web en desarrollo: https://frankijua.github.io/graduados	No es posible medir la efectivada de la acción	La acción se encuentra en ejecución, se recomienda tan pronto finalice medir su efectividad
Apoyo al graduado	Gestión	Incumplimiento de requisitos ante el Ministerio de Educación en procesos de renovación de registros calificados y acreditación, debido a la baja participación de los Graduados en actividades de seguimiento	• Reducción del número de graduados en seguimiento. • Pérdida de relacionamiento con los graduados. • Desactualización de los datos de contacto de los graduados.	• Es requisito de grado el diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 0 (recién graduado). • Base de datos de los graduados a los cuales se les remite la solicitud de diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 1 (al año de graduación) y Momento 5 (a los 5 años de graduación). • Actividades dirigidas a los graduados que permiten realizar seguimiento.		• Divulgar y Promover los cursos y Talleres del Programa de Acompañamiento al Trabajo PAT	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se Ofertaron cursos virtuales y presenciales con el apoyo de Programa de Acompañamiento al Trabajo "PAT": • De la U al trabajo • Competencias Blandas • Empleabilidad • Proyecto de Vida. Evidencia: INSCRIPCIÓN CURSOS VIRTUAL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO AL TRABAJO _PAT_ 2025-1.xlsx INSCRIPCIÓN CURSOS PRESENCIAL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO AL TRABAJO _PAT_ 2025 PAMPLONA.xlsx	No es posible medir la efectivada de la acción	A la fecha las acciones se han ejecutado como están establecidas sin embargo se recomienda en el último seguimiento realizar un comparativo que permita identificar si la ejecución de las mismas ha sido efectiva y la participación de los graduados a aumentado.
Apoyo al graduado	Gestión	Incumplimiento de requisitos ante el Ministerio de Educación en procesos de renovación de registros calificados y acreditación, debido a la baja participación de los Graduados en actividades de seguimiento	• Reducción del número de graduados en seguimiento. • Pérdida de relacionamiento con los graduados. • Desactualización de los datos de contacto de los graduados.	• Es requisito de grado el diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 0 (recién graduado). • Base de datos de los graduados a los cuales se les remite la solicitud de diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 1 (al año de graduación) y Momento 5 (a los 5 años de graduación). • Actividades dirigidas a los graduados que permiten realizar seguimiento.		• Diseño y divulgación del programa de seguimiento al graduado.	2025-02-01	2025-11-30	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se está diseñando el programa de seguimiento el cual se encuentra en proceso de revisión por parte del equipo de trabajo, así como el respectivo procedimiento e instructivos necesarios. Se logró el diligenciamiento gracias a la difusión realizada en el primer cuatrimestre y el apoyo de los programas de las siguientes encuestas OLE: M1: 104 encuestas completas M5: 113 encuestas completas Evidencias: Anexo 4. Borrador Programa de Seguimiento Anexo 5. Borrador procedimiento de Seguimiento al Graduado. Anexo 6. Encuestas diligenciadas M1 Anexo 7. Encuestas diligenciadas M5	No es posible medir la efectivada de la acción	A la fecha las acciones se han ejecutado como están establecidas sin embargo se recomienda en el último seguimiento realizar un comparativo que permita identificar si la ejecución de las mismas ha sido efectiva y la participación de los graduados a aumentado.
Apoyo al graduado	Gestión	Incumplimiento de requisitos ante el Ministerio de Educación en procesos de renovación de registros calificados y acreditación, debido a la baja participación de los Graduados en actividades de seguimiento	• Reducción del número de graduados en seguimiento. • Pérdida de relacionamiento con los graduados. • Desactualización de los datos de contacto de los graduados.	• Es requisito de grado el diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 0 (recién graduado). • Base de datos de los graduados a los cuales se les remite la solicitud de diligenciamiento de la encuesta del OLE Momento 1 (al año de graduación) y Momento 5 (a los 5 años de graduación). • Actividades dirigidas a los graduados que permiten realizar seguimiento.		• Remitir con el apoyo de los programas la invitación para el diligenciamiento de la encuesta de seguimiento del OLE M1 y M5.	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se está diseñando el programa de seguimiento el cual se encuentra en proceso de revisión por parte del equipo de trabajo, así como el respectivo procedimiento e instructivos necesarios. Se logró el diligenciamiento gracias a la difusión realizada en el primer cuatrimestre y el apoyo de los programas de las siguientes encuestas OLE: M1: 104 encuestas completas M5: 113 encuestas completas Evidencias: Anexo 4. Borrador Programa de Seguimiento Anexo 5. Borrador procedimiento de Seguimiento al Graduado. Anexo 6. Encuestas diligenciadas M1 Anexo 7. Encuestas diligenciadas M5	No es posible medir la efectivada de la acción	A la fecha las acciones se han ejecutado como están establecidas sin embargo se recomienda en el último seguimiento realizar un comparativo que permita identificar si la ejecución de las mismas ha sido efectiva y la participación de los graduados a aumentado.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Apoyo al graduado	Seguridad Digital	Manipulación de los datos de los egresados con fines comerciales.	Pérdida de confianza en la Institución de parte de los graduados por efecto de campañas publicitarias indeseadas en su correo electrónico o teléfono celular	La universidad cuenta con el aplicativo academusoft - modulo administrador egresados, para acceder a los datos del modulo, se debe realizar solicitud mediante el CAT por parte del líder del proceso para la asignación roll Egresado-Administrador.	Moderado	Solicitar al CIADTI, la relación del personal autorizado para realizar la depuración del personal con acceso al modulo egresado - administrador.	2024-06-01	2024-07-30	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se remitió correo al CIADTI, solicitando la relación de usuario para la validación. Y se recibió respuesta donde indican lo siguiente: El módulo de Egresados administrador tiene creados dos roles con los siguientes nombres: Admin_Egresado Grados_Ofic_egresado Dichos roles solo están asignados a una persona que es: 1091655238 MARÍA VICTORIA OJEDA JACOME usuario del campus: mojeda. Evidencia: Anexo 8. Respuesta del CIADTI.	No es posible medir la efectividad de la acción	El control se ha ejecutado tal como esta establecido, se recomienda en la última acta de seguimiento identificar si su ejecución ha sido efectiva
Apoyo al graduado	Seguridad Digital	Manipulación de los datos de los egresados con fines comerciales.	Pérdida de confianza en la Institución de parte de los graduados por efecto de campañas publicitarias indeseadas en su correo electrónico o teléfono celular	La universidad cuenta con el aplicativo academusoft - modulo administrador egresados, para acceder a los datos del modulo, se debe realizar solicitud mediante el CAT por parte del líder del proceso para la asignación roll Egresado-Administrador.		Incluir en los correos donde se comparta la base de datos de los egresados la Política de privacidad datos sensibles.	2025-01-18	2025-12-15	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Desde el año pasado se incluyó en la firma del correo la Política del uso y tratamiento de información personal, privacidad y confidencialidad de la información existente en las bases de datos de la Universidad de Pamplona. Evidencia: Se puede verificar en los anexos de correos anteriores.		
Apoyo al graduado	No Discriminación	Exclusión digital de estudiantes y graduados en situación de vulnerabilidad.	- Brecha en la comunicación con la comunidad de graduados con discapacidad visual y/o auditivos. - Poca participación de los graduados en las actividades dirigidos a esta comunidad. - Pérdida de oportunidades de aprendizaje."	- Canales de comunicación visuales y auditivos, línea telefónica, WhatsApp, redes sociales, página web y correo electrónico. - Publicación de material audiovisual con subtítulos.	Bajo	Caracterización de la población de graduados con discapacidad.	2025-11-30	2025-11-30	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se incluyo la pregunta: ¿Tienes alguna discapacidad o necesidad especial? y el Grupo étnico al que pertenece, en los formularios de: -Formulario de Servicios 2025 Oficina de Atención al Graduado. Impacto de Nuestros Graduados y Empleabilidad 2025 Lo que nos permite realizar la caracterización de nuestros graduados. Los videos que se comparten en las redes sociales cuentan con subtítulos. Evidencia: https://forms.office.com/r/a4NpsxxLcL	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	El control se ha ejecutado tal como está establecido, se recomienda en la última acta de seguimiento identificar si su ejecución ha sido efectiva.
Apoyo al graduado	No Discriminación	Exclusión digital de estudiantes y graduados en situación de vulnerabilidad.	- Brecha en la comunicación con la comunidad de graduados con discapacidad visual y/o auditivos. - Poca participación de los graduados en las actividades dirigidos a esta comunidad. - Pérdida de oportunidades de aprendizaje."	- Canales de comunicación visuales y auditivos, línea telefónica, WhatsApp, redes sociales, página web y correo electrónico. - Publicación de material audiovisual con subtítulos.		Continuar con la publicaciones de material audio visual.	2025-12-15	2025-12-15	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: Se incluyo la pregunta: ¿Tienes alguna discapacidad o necesidad especial? y el Grupo étnico al que pertenece, en los formularios de: -Formulario de Servicios 2025 Oficina de Atención al Graduado. Impacto de Nuestros Graduados y Empleabilidad 2025 Lo que nos permite realizar la caracterización de nuestros graduados. Los videos que se comparten en las redes sociales cuentan con subtítulos. Evidencia: https://forms.office.com/r/rB0T1Ov12d	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	
Apoyo al graduado	No Discriminación	Exclusión digital de estudiantes y graduados en situación de vulnerabilidad.	- Brecha en la comunicación con la comunidad de graduados con discapacidad visual y/o auditivos. - Poca participación de los graduados en las actividades dirigidos a esta comunidad. - Pérdida de oportunidades de aprendizaje."	- Canales de comunicación visuales y auditivos, línea telefónica, WhatsApp, redes sociales, página web y correo electrónico. - Publicación de material audiovisual con subtítulos.		Utilizar los canales de comunicación adecuados de acuerdo a la necesidad del graduado.	2025-12-15	2025-12-15	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de agosto del 2025: De acuerdo a la caracterización o necedades identificadas se procede con el canal de comunicación requerido o adecuado. Actualmente la oficina realiza atención a través de WhatsApp, vía telefónica o correo electrónico. Evidencia: Anexo 9. Atención por WhatsApp Anexo 10. Atención por Correo Electrónico.	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2	Fecha:	15 septiembre de 2025
-------------------	--------	-----------------------

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Asesoría Jurídica	Corrupción	Manipulación de los documentos solicitados dentro de los requisitos previos para la suscripción de los contratos de arrendamiento en su etapa precontractual, con el fin de favorecer un proponente en particular	1. Pérdida de Credibilidad de la Oficina de Asesoría Jurídica al momento de realizar un trámite legal. 2. Acción penal y disciplinaria a que haya lugar	En primer momento el Abogado designado realiza la revisión en cada uno de los contratos de arrendamiento para verificar que se cumpla con los requisitos tal como lo describe el procedimiento PAJ 13 " Contratos de Arrendamiento" Posteriormente el Líder del proceso de Asesoría Jurídica verifica y revisa cada contrato de arrendamiento proyectado por parte del proceso de Asesoría Jurídica. Por último luego de cumplir las formalidades de ley	Bajo	El profesional asignado para la elaboración de contratos de arrendamiento deberá hacer uso de la ruta de suscripción de arrendamientos FAJ 44 validada por el SIG en la etapa precontractual con el fin de evitar posibles actos de corrupción en la celebración del contrato. Nota: para el proceso de seguimiento es necesario que se realice la remisión de contratos y sus anexos a la Oficina de Control Interno de Gestión.	07/01/2025	31/03/2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 007 del 11 de agosto del 2025: El proceso de Asesoría Jurídica a través del personal encargado proyecta los contratos de arrendamiento, los cuales se hacen mediante el formato FAJ-44 con el fin de evitar el riesgo durante el primer semestre. Evidencia: Se adjunta el formato FAJ-44 (ANEXO 1).	El indicador clave de control es efectivo en el ultimo seguimiento se medira la efectividad del indicador clave de riesgo.	Según la información reportada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida. Se recomienda en el ultimo seguimiento describir los contratos ejecutados y establecer si la ejecución de la actividad fue efectiva.
Asesoría Jurídica	Gestión	Emisión de Actos Administrativos con errores de forma y/o fondo	1.Causar detrimento por desconocimiento de la norma jurídica precisa para el asunto. 2. causación de daño antijurídico 3.Interposición de demandas en contra de la universidad.	En primer momento el Abogado designado realiza la proyección de cada uno de los Actos Administrativos cumpliendo con las formalidades de Ley y teniendo en cuenta el insumo remitido para tal fin. Posteriormente el Líder del proceso de Asesoría Jurídica revisa y da VB a cada Acto Administrativo proyectado por parte del proceso de Asesoría Jurídica. Por último el Profesional a cargo y luego de ser remitido	Bajo	Realizar revisión previa y visto bueno antes de las firmas y trámite de notificación o comunicación de los Actos Administrativos por parte del Líder del Proceso de Asesoría Jurídica y Archivo digital de Actos Administrativos - Periodicidad: Mensual Nota: para el proceso de seguimiento deberá el profesional encargado consignar la información en el respectivo cuadro de seguimiento de manera mensual.	7/01/2025	30/12/2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 007 del 11 de agosto del 2025: Se recopilaron las resoluciones notificadas por parte de la Secretaría General en las cuales se encuentra el visto bueno del líder del proceso de Jurídica. Evidencias: Copia del archivo digital de los Actos Administrativos revisados por la Oficina de Asesoría Jurídica de los meses de abril a junio.(ANEXO 2)	El indicador clave de control es efectivo en el ultimo seguimiento se medira la efectuvdad del indicador clave de riesgo.	Según la información reportada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida. Se recomienda en el ultimo seguimiento describir los contratos ejecutados y establecer si la ejecución de la actividad fue efectiva.
Asesoría Jurídica	Gestión	Omisión de atención y respuesta a requerimientos judiciales y entes de Control	1. Sanciones disciplinarias por parte de los entes de control u órganos judiciales 2. Sanción disciplinaria al profesional encargado de emitir respuesta al requerimiento. 3. Condena para la Entidad	En primer momento el requerimiento de entes de control o judicial es asignado a la Oficina Jurídica por tener a cargo esta función . Posteriormente es asignado a un Profesional en Derecho quien luego de revisar el requerimiento procede a solicitar según corresponda la competencia los insumos necesarios para proyectar respuesta de fondo . Finalmente el profesional en Derecho remite proyecto de respuesta al Líder del Proceso que corresponda para que finalmente firme el escrito y haga el envío. En algunos casos y conforme corresponda los requerimientos de entes de Control y Judiciales	Moderado	Según el caso el profesional asignado deberá mantener actualizada y hacer seguimiento de la base de datos de registro de los requerimientos judiciales actualizado donde se evidencie el seguimiento a la solicitud con fecha de recibido y fecha para el control de respuesta, acción que se extenderá a la correspondiente actualización de la carpeta digital con soporte de respuesta y solicitud <u>Periodicidad: Mensual</u> Nota: para el proceso de seguimiento deberá el profesional encargado consignar la información en el respectivo cuadro de seguimiento de manera mensual.	07/01/2025	30/12/2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 007 del 11 de agosto del 2025: Diligenciamiento de la base de datos de control y seguimiento de los procesos judiciales, de los requerimientos por parte de los entes de Control y las acciones de tutela en las cuales la Universidad de Pamplona es parte. Evidencias: Copia de las bases de datos del control y seguimiento de los procesos judiciales en los cuales la Universidad de Pamplona es parte (ANEXO 3), así como el seguimiento a los entes de control (ANEXO 4) y de las acciones de tutela mediante el FAJ-42 "Control de tutelas" allegadas desde el mes de abril a junio. (ANEXO 5).	el indicador clave de control es efectivo en el ultimo seguimiento se medira la efectuvdad del indicador clave de riesgo.	Según la información reportada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida. Se recomienda en el ultimo seguimiento describir los contratos ejecutados y establecer si la ejecución de la actividad fue efectiva.
Asesoría Jurídica	Gestión	Desatención en la respuesta de Derechos de Petición (allegados al proceso o de responsabilidad propia de la Oficina de Asesoría Jurídica)	1.Sancion de carácter disciplinario 2. Configuración de silencio administrativo 3. Dar lugar a la interposición de una acción de tutela. 4. Pérdida de imagen institucional	En primer momento el Derecho de petición es asignado a la Oficina Jurídica por tener a cargo esta función de seguimiento a los Derechos de Petición radicados en las unidades académico-administrativas de la Universidad de Pamplona. Posteriormente se remite al Profesional en Derecho asignado para esta actividad la petición; quien luego de revisar la solicitud procede a solicitar según corresponda la competencia la proyección de la respuesta que será revisada en términos jurídicos por el	Bajo	Según el caso el profesional asignado deberá mantener actualizada y hacer seguimiento de la base de datos de registro de derechos de petición actualizado donde se evidencie el seguimiento a la petición con fecha de recibido y fecha para el control de respuesta, acción que se extenderá a la correspondiente actualización de la carpeta digital con soporte de respuesta y solicitud <u>Periodicidad: Mensual</u> Nota: para el proceso de seguimiento deberá el profesional encargado consignar la información en el respectivo cuadro de seguimiento de manera mensual.	07/01/2025	30/12/2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 007 del 11 de agosto del 2025: A la fecha se realiza el control y seguimiento a los derechos de petición, el cual se evidencia con el diligenciamiento mediante el FAJ-43 v.00 Control de derechos de petición. Evidencias: Copia del FAJ-43 v.00 "Control de derechos de petición" diligenciado por la Oficina de Asesoría Jurídica de los derechos de petición allegados de abril a junio. (ANEXO 6).	el indicador clave de control es efectivo en el ultimo seguimiento se medira la efectuvdad del indicador clave de riesgo.	Según la información reportada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida. Se recomienda en el ultimo seguimiento describir los contratos ejecutados y establecer si la ejecución de la actividad fue efectiva.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha: 15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Asesoría Jurídica	Seguridad Digital	Indebida administración y uso de las herramientas tecnológicas por parte del personal de la oficina	1. Afectación en la imagen y credibilidad de la entidad.2. Afectación en el tratamiento de información, confidencialidad y datos de procesos internos y de terceros 3. sanciones por parte de entes de control 4. Obstaculización del flujo normal de los procesos 5. Pérdida de la información almacenada de manera local	Monitoreo y gestión constante de las herramientas utilizadas para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Asesoría Jurídica; en especial de las cuentas de correo electrónico a través del cambio de contraseñas cuando se requiera.	Alto	1) cambio de claves semestral y/o cuando hay cambio de personal y se requiera por seguridad de la información y continuidad de los procesos realizar gestión de contraseña sobre la cuenta asignada. Periodicidad: semestral.	07/01/2025	30/06/2025	Con el fin de prevenir el riesgo se solicitará por parte del Jefe de la Oficina Jurídica mediante correo electrónico a administrador@unipamplona.edu.co el cambio de claves de las cuentas asignadas a la Oficina Evidencia; A la fecha no se ha remitido correo electrónico solicitando el cambio y asignación de nuevas claves teniendo en cuenta que esta actividad es semestral.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Según las evidencias presentadas por el proceso, la acción no se ha ejecutado, se recomienda cumplir la acción dentro de los tiempos establecidos y así mitigar el riesgo.
Asesoría Jurídica	Seguridad Digital	Indebida administración y uso de las herramientas tecnológicas por parte del personal de la oficina	1. Afectación en la imagen y credibilidad de la entidad.2. Afectación en el tratamiento de información, confidencialidad y datos de procesos internos y de terceros 3. sanciones por parte de entes de control 4.			2. Solicitud de capacitación a la oficina de archivo central para el uso y cargue correcto de los documentos en las bases de datos de la oficina. Periodicidad: Semestral o cada que se requiera.	07/01/2025	30/06/2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad de la acción ya que no se ha ejecutado	El proceso no reporta evidencia del cumplimiento de la acción se recomienda cumplir la acción dentro de los tiempos establecidos y así mitigar el riesgo.
Asesoría Jurídica	Seguridad Digital	Indebida administración y uso de las herramientas tecnológicas por parte del personal de la oficina	1. Afectación en la imagen y credibilidad de la entidad.2. Afectación en el tratamiento de información, confidencialidad y datos de procesos internos y de terceros 3. sanciones por parte de entes de control 4. Obstaculización del flujo normal de los procesos 5. Pérdida de la información almacenada de manera local			3. Solicitud y realización de copia de respaldo de información de archivo local de los equipos de la Oficina de Asesoría Jurídica. Periodicidad: semestral	07/01/2025	30/06/2025	Con el fin de prevenir el riesgo se solicitará por parte del Jefe de la Oficina Jurídica mediante correo electrónico a administrador@unipamplona.edu.co el cambio de claves de las cuentas asignadas a la Oficina Evidencia; A la fecha no se ha remitido correo electrónico solicitando el cambio y asignación de nuevas claves teniendo en cuenta que esta actividad es semestral.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Según las evidencias presentadas por el proceso, la acción no se ha ejecutado, se recomienda cumplir la acción dentro de los tiempos establecidos y así mitigar el riesgo.
Asesoría Jurídica	Seguridad Digital	Indebida administración y uso de las herramientas tecnológicas por parte del personal de la oficina	1. Afectación en la imagen y credibilidad de la entidad.2. Afectación en el tratamiento de información, confidencialidad y datos de procesos internos y de terceros 3. sanciones por parte de entes de control 4. Obstaculización del flujo normal de los procesos 5. Pérdida de la información almacenada de manera local			4.Solicitud de aplicación de soporte y mantenimiento de hardware y software. Periodicidad: semestral	07/01/2025	30/06/2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad de la acción ya que no se ha ejecutado	El proceso no reporta evidencia del cumplimiento de la acción se recomienda cumplir la acción dentro de los tiempos establecidos y así mitigar el riesgo.
Atención al ciudadano	Corrupción	4. Vencimiento de términos en las respuestas a peticiones, quejas, reclamos presentados por los usuarios para favorecimiento de un tercero.	Incumplimiento a la normatividad vigente. Sanciones legales y disciplinarias	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia y su equipo de apoyo se rige a la aplicabilidad del procedimiento del PQRSDF mediante control y seguimiento a todas las solicitudes allegadas a la institución. De igual forma, se realizan socializaciones a los funcionarios administrativos para mitigar este riesgo.	Bajo	El Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia y su grupo de apoyo realizará seguimiento trimestral a los requerimientos allegados mediante el informe de consolidación y análisis que se envía al SIG para su conocimiento y posterior publicación en la página de contenido web de la Oficina de Atención al ciudadano, previniendo que se presenten casos de favorecimiento a terceros. (7)	Primera quincena de cada cuatrimestre	Primera quincena de cada cuatrimestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realizó el envío del Informe PQRSDF correspondiente al primer trimestre de 2025 a la oficina del SIG mediante correo del día 08/05/2025 Así mismo se encuentra publicado el correspondiente informe en la página de contenido de Atención al Ciudadano Se encuentra Publicado el informe PQRSDF correspondiente al segundo semestre 2025 en el portal de la OACT. Evidencias: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/noticias_2025/abril/23042025/informe_pqrsdf_primer_trimestr.pdf https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/noticias_2025/julio/11072025/pqrsdf_segundo_trim_estre.pdf Carpeta 01. Riesgos de corrupción riesgo 01	La acción se considera efectiva ya que en el informe semestral se establece un indicador de tiempo promedio de respuesta de 7 días aproximadamente por lo tanto no se presentan vencimientos de términos.	Según las evidencias reportadas la acción se ha ejecutado tal como esta establecida.
Atención al ciudadano	Corrupción	4. Vencimiento de términos en las respuestas a peticiones, quejas, reclamos presentados por los usuarios para favorecimiento de un tercero.	Incumplimiento a la normatividad vigente. Sanciones legales y disciplinarias	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia y su equipo de apoyo se rige a la aplicabilidad del procedimiento del PQRSDF mediante control y seguimiento a todas las solicitudes allegadas a la institución. De igual forma, se realizan socializaciones a los funcionarios administrativos para mitigar este riesgo.		El Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia y el apoyo jurídico, junto con el equipo de estudiantes en formación asignado por el comité de prácticas de psicología impartirán socializaciones y capacitaciones en todo lo relacionado con temas de anticorrupción al personal administrativo una vez al semestre evidenciando capturas de imagen y links de publicación en la página de contenido web de la OACT mediante boletín informativo, para así concientizar y mitigar los posibles casos de corrupción. (8)	Una vez al semestre	Una vez al semestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realizó capacitación a las dependencias acerca del tema en Trabajo en equipo y capacitación sobre la ley 1755 del 2015 y la ley 1712 del 2014. Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1ghLMXWuPTLbm4SEE6AJKH9Ofa50Rv1		La acción se ha ejecutado tal como está establecida, fortaleciendo la conciencia sobre el riesgo. La efectividad final se medirá por la ausencia de casos

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Atención al ciudadano	Corrupción	5, Falta de ética profesional y uso indebido de la información reservada y clasificada y de terceros.	1, Pérdida de credibilidad en la imagen y reputación institucional. 2, Incumplimiento de requisitos legales. 3, Sanciones legales y disciplinarias	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia con el apoyo jurídico desarrollarán campañas de sensibilización al personal administrativo frente a los actos de corrupción y no discriminación, también asociados al uso indebido de la información reservada y clasificada cuando se recepcionen las PQRSDF.	Alto	El Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia con el personal de apoyo realizarán sensibilizaciones, capacitaciones y brindarán información por medio radial con el apoyo de los pasantes en temas referentes a transparencia, información clasificada y reservada, ética profesional y actos de no discriminación dirigida a los funcionarios administrativos y docentes una vez por semestre; se dejará evidencia por capturas de imagen y links de publicación de los boletines informativos en la página de contenido de la OACT. (9)	Una vez al semestre desde que inicia el plan de trabajo de los practicantes	Una vez al semestre desde que inicia el plan de trabajo de los practicantes	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realizó capacitación a las dependencias en los temas de: inclusión y No discriminación; sensibilización y promoción en temas referentes a inclusión, diversidad, equidad y no discriminación, los días 26, 27 y 31 de marzo y se encuentra publicado en la página de atención al ciudadano: Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1ghLMXWuPTLBm4SEE6AJKH9Ofa50Rv1	La efectividad se medirá en el último seguimiento.	Según las evidencias presentadas por el proceso la acción se ejecutó pero no se trataron los temas específicos propuestos en la acción, se recomienda realizar una verificación del riesgo y la acción que lo mitiga y si la ejecución de la misma es efectiva
Atención al ciudadano	Gestión	1. Falta de verificación de los contenidos que deben estar publicados y actualizados según los principios de transparencia y acceso a la información pública	1, Sanciones legales y disciplinarias 2, Desinformación a las partes interesadas. 3, Demora en la respuestas a las solicitudes de las partes interesadas dentro de los términos de ley."	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia realiza seguimiento constante para garantizar que la información esté actualizada de acuerdo a la normativa (Ley 1712 de 2014) y los principios de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, según los direccionamientos de la Función Pública, de la Procuraduría General de la Nación y Min Tic (Resolución 1519 de 2020). Así mismo, la OACT diligencia	Bajo	El jefe de la oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia de la mano con el apoyo jurídico realizarán la revisión y el seguimiento de la información publicada en el link de transparencia y/o donde tenga lugar en el sitio web cada dos meses con el fin de identificar la veracidad de la información y el cumplimiento de la ley dejando evidencia en acta de reunión los hallazgos encontrados. Cabe resaltar que, al presentarse información desactualizada se informará a la dependencia encargada por medio de correo electrónico, con el fin de que se implementen las acciones correctivas. Todo el procedimiento se aplicará cada dos meses. (1)	Cada dos meses	Cada dos meses	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: * Se realizó seguimiento mediante acta número 04 de fecha 28 de febrero de 2025 " Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - FEBRERO " * Se realizó seguimiento mediante acta número 013 del 30 de abril de 2025 Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - ABRIL. * Se realizó seguimiento mediante acta número 017 del 26 de junio seguimiento y hallazgos PQRSDF – JUNIO. Evidencias: (Ver carpeta 1. Riesgos de gestión – riesgo 01)	La acción se considera efectiva ya que se apoya los procesos de transparencia y la institución obtuvo un puntaje de 100/100 en la Auditoría ITA	La ejecución se confirma y el resultado del Índice de Transparencia (ITA 100/100) es la prueba más sólida de la efectividad del control
Atención al ciudadano	Gestión	2. Falta de gestión y trámite por parte del funcionario a las PQRSDF interpuestas a la Institución.	1, Incumplimiento de los requisitos legales. 2, Sanciones disciplinarias, acciones constitucionales en contra de la entidad.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia recepciona, revisa, consolida y direcciona los requerimientos allegados a la Institución a través del módulo PQRSDF, correo electrónico, línea telefónica, chat y WhatsApp de las partes interesadas a las dependencias que tenga lugar para su correspondiente respuesta. Así mismo, realiza control y seguimiento cada dos meses al consolidado descargado del módulo PQRSDF que se direcciona a control interno para su conocimiento y fines pertinentes. Por otra parte, se manejan alertas (3 días antes de que se venza el término de ley) que llegan al correo de atencionalciudadano@unipamplo na.edu.co y la dependencia encargada del requerimiento anunciando los días restantes para dar respuesta en términos de ley, de forma clara y de fondo.	Alto	El jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia, y el personal de apoyo realizarán revisión cada dos meses con el fin de verificar la efectividad en el tratamiento y trámite de las PQRSDF, dejando en evidencia en acta de reunión sobre los hallazgos encontrados en quejas y reclamos.(2)	Cada dos meses	Cada dos meses	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: * Se realizó seguimiento mediante acta número 04 de fecha 28 de febrero de 2025 " Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - FEBRERO " * Se realizó seguimiento mediante acta número 013 del 30 de abril de 2025 Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - ABRIL. * Se realizó seguimiento mediante acta número 017 del 26 de junio seguimiento y hallazgos PQRSDF – JUNIO. Evidencias: (Ver carpeta 1. Riesgos de gestión – riesgo 01)	La acción es efectiva ya que se realiza el seguimiento a los PQRSDF allegados a través del canal institucional evidenciándose la gestión realizada por la dependencia a las PQRSDF recibidas	Según las evidencias reportadas la acción se ha ejecutado tal como esta establecida.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Atención al ciudadano		2. Falta de gestión y trámite por parte del funcionario a las PQRSDF interpuestas a la Institución.	1. Incumplimiento de los requisitos legales. 2. Sanciones disciplinarias, acciones constitucionales en contra de la entidad.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia recepciona, revisa, consolida y direcciona los requerimientos allegados a la Institución a través del módulo PQRSDF, correo electrónico, línea telefónica, chat y WhatsApp de las partes interesadas a las dependencias que tenga lugar para su correspondiente respuesta.		El Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia y el apoyo jurídico orientará una capacitación semestral de cultura del servicio (Lenguaje claro, comunicación asertiva e inclusión) y conocimiento de la norma relacionada con las PQRSDF a los funcionarios administrativos de la Universidad, junto al departamento de psicología y comunicación social (estudiantes en formación/practicantes asignados) evidenciando capturas de imagen y links de publicación en donde se encuentran las actividades (3)	Una vez durante el semestre	Una vez durante el semestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realizó capacitación a las dependencias en los temas de: Habilidades comunicativas- (Cultura del servicio, lenguaje claro, comunicación asertiva - Conocimiento de la norma relacionada con la PQRSDF a los funcionarios) los días, 28 de abril, 5 y 7 de mayo. Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1ghLMXWuPTLBm4SEE6AJKH9Ofa50Rv1		Según las evidencias reportadas la acción se ha ejecutado tal como esta establecida fortaleciendo la cultura del servicio.
Atención al ciudadano	Gestión	3. Falta de diligenciamiento por parte de los usuarios de la encuesta de percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas.	Dificultad en la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios a nivel institucional debido al desinterés para diligenciar la encuesta de percepción de las partes interesadas.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia aplica, consolida y analiza la encuesta de Percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas de todos los procesos institucionales. El resultado se dará a conocer al SIG para efectos de calidad y de forma informativa para su conocimiento y posterior publicación en la página web de	Bajo	El jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia con el equipo de apoyo realizarán seguimiento trimestral, los cuales enviarán el consolidado institucional por medio de correo electrónico de la medición de la satisfacción a cada dependencia para su estudio, análisis y acciones de mejora a que tengan lugar en los grupos de mejoramiento y plasmarlos en sus actas. (4)	Primera quincena de cada cuatrimestre	Primera quincena de cada cuatrimestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realiza la consolidación y posterior envío a las dependencias mediante los memorandos del 097 al 135 con fecha de 21 y 22 de abril, del FDE.AT-09 Reporte consolidado del producto/ servicio de las partes interesadas a las dependencias para su análisis y revisión. Se realiza la consolidación y posterior envío a las dependencias mediante los memorandos 142 al 178 con fechas 4 al 7 de julio del FDE.AT-09 Reporte consolidado del producto/ servicio de las partes interesadas correspondientes al primer semestre, a las dependencias para su análisis, revisión, y elaboración de fichas indicadoras. Evidencias: (Ver carpeta 1. Riesgos de gestión – Riesgo 3)	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción de envío de reportes se ejecuta, pero la efectividad no es medible al no presentar una métrica que permita identificar si el riesgo se está controlando (ej. Tasa de diligenciamiento de la encuesta)
Atención al ciudadano	Gestión	3. Falta de diligenciamiento por parte de los usuarios de la encuesta de percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas.	Dificultad en la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios a nivel institucional debido al desinterés para diligenciar la encuesta de percepción de las partes interesadas.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia aplica, consolida y analiza la encuesta de Percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas de todos los procesos institucionales. El resultado se dará a conocer al SIG para efectos de calidad y de forma informativa para su conocimiento y posterior		El jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia y el equipo de apoyo realizarán reporte mediante informe semestral de manera informativa para efectos de calidad. (5)	Primera quincena del mes de julio Primera quincena del mes de enero 2026	Primera quincena del mes de julio Primera quincena del mes de enero 2027			
Atención al ciudadano	Gestión	3. Falta de diligenciamiento por parte de los usuarios de la encuesta de percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas.	Dificultad en la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios a nivel institucional debido al desinterés para diligenciar la encuesta de percepción de las partes interesadas.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia aplica, consolida y analiza la encuesta de Percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas de todos los procesos institucionales. El resultado se dará a conocer al SIG para efectos de calidad y de forma informativa para su conocimiento y posterior		El jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia con el personal de apoyo y los pasantes, realizarán campañas de sensibilización tanto al personal admistrativo como a la comunidad universitaria de la finalidad del uso de la encuesta de percepción del producto y/o servicio de las partes interesadas de todos los procesos institucionales. (6)	Una vez al semestre	Una vez al semestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: Se realizó informe sobre ANÁLISIS ESTADISTICO DE LA ENCUESTA DE PERCEPCION DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE LAS PARTES INTERESADAS CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE 2025 (ENERO – JUNIO) Así mismo se encuentra publicado el correspondiente informe en la página en el enlace adjunto: Evidencias: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_1/recursos/estadisticas_2025/index/1073035/indicadores_interiores_del_1_semestre.pdf	No se considera efectivo, la información reportada no es exactamente lo establecido en la acción de control	según las evidencias presentadas Las acciones ejecutadas no corresponden a lo establecido en el mapa, se recomienda ejecutar la acción para poder realizar la medición de la efectividad en el ultimo seguimiento
Atención al ciudadano	Seguridad Digital	6. Pérdida de la capacidad de tramitar PQRSDF debido a fallas tecnológicas y cibernéticas en los aplicativos web de uso constante en la dependencia (MÓDULO PQRSDF, CHAT EN LÍNEA, WHATSAPP Y CORREO ELECTRÓNICO) que	1. Demora en la respuesta o información de trámite de las PQRSDF presentadas en los aplicativos web. 2. Sanciones disciplinarias y judiciales por la imposibilidad de gestión de las PQRSDF y vencimiento de términos	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia realizará seguimiento a las posibles fallas en los aplicativos web e informará al soporte técnico de cada canal de atención de la dependencia; sea cual sea el canal que falle se mantendrá informadas a las partes interesadas cuando alguna de estas fallas se	Moderado	El Jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia y el equipo de apoyo realizarán el reporte y seguimiento cada dos meses mediante acta de las fallas tecnológicas hasta lograr el correcto funcionamiento de los canales de atención para garantizar la recepción y trámite de solicitudes mediante medios tecnológicos e informará mediante memorando a soporte tecnológico (en caso de módulo PQRSDF) y en chat con (SOPORTE TÉCNICO TAWK.TO) mediante comunicación, Cuando se trate del correo electrónico por caída de internet o virus del equipo de trabajo, se hará reporte al administrador de correo para que se pueda	Cada dos meses	Cada dos meses	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: * Se realizó seguimiento mediante acta número 04 de fecha 28 de febrero de 2025 ." Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - FEBRERO " * Se realizó seguimiento mediante acta número 013 del 30 de abril de 2025 Acta mensual de seguimiento y hallazgos PQRSDF - ABRIL. * Se realizó seguimiento mediante acta número 017 del 26 de junio seguimiento y hallazgos PQRSDF – JUNIO. Evidencias: (Ver carpeta 1. Riesgos de gestión – riesgo 01)	Esta acción se considera efectiva, ya que cuando hay un fallo en los servicios, se informa a la dependencia de Soporte tecnológico, los cuales han	Según las evidencias reportadas la acción se ha ejecutado tal como esta

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Atención al ciudadano	Seguridad Digital	0. Pérdida de la capacidad de tramitar PQRSDF debido a fallas tecnológicas y cibernéticas en los aplicativos web de uso constante en la dependencia (MÓDULO PQRSDF, CHAT EN LÍNEA, WHATSAPP Y CORREO ELECTRÓNICO) que	1. Demora en la respuesta o información de trámite de las PQRSDF presentadas en los aplicativos web. 2. Sanciones disciplinarias y judiciales por la imposibilidad de gestión de las PQRSDF y vencimiento de términos	presente y su motivo; así mismo se informará cuando se habiliten nuevamente mediante sus canales oficiales de publicación y página web institucional. Cabe resaltar que, para conocimiento de la comunidad universitaria esto se plasmará en los resultados del informe PQRSDF.	MODERADO	El Jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia su equipo de apoyo mantendrá informadas a las partes interesadas cuando algún canal de atención falle y su motivo, así mismo cuando se habilite nuevamente mediante sus canales oficiales de publicación y página web institucional, de igual forma, se socializará como plan de contingencia la recepción de PQRSDF en formato físico de ser necesario. Para conocimiento de la comunidad universitaria se plasmarán los resultados en el informe PQRSDF Trimestral. (11)	Primera quincena de cada cuatrimestre	Primera quincena de cada cuatrimestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025: A la fecha no se han presentado fallas.	atendido las solicitudes de manera inmediata, evitando inconvenientes a los usuarios y al personal administrativo.	acción se ha ejecutado tal como esta establecida.
Atención al ciudadano	No Discriminación	8, Dificultades para reportar casos de discriminación y exclusión.	1, Repetición de conductas inapropiadas sin consecuencias. 2, Deterioro del bienestar de las víctimas y daño reputacional a la universidad.	La Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia realizará difusiones promocionando los canales de atención disponibles para la recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones referente a los casos de discriminación y exclusión.	Moderado	El Jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia con el apoyo del estudiante de prácticas formativas del programa de Comunicación Social aplicarán estrategias de comunicación para la difusión de los canales de atención dispuestos para la recepción de PQRSDF en los temas relacionados a discriminación y exclusión, tales como boletines informativos, publicaciones en redes sociales, cuñas radiales, entre otras. (14)	Una vez durante el semestre	Una vez durante el semestre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 020 del 13 de agosto del 2025:Se realizó publicación el día 19 de mayo por parte de los estudiantes de Psicología mediante la red social Facebook de un boletín informativo donde se invita y se indica acerca del uso del portal PQRSDF. Efectividad: https://drive.google.com/drive/folders/1ghLMXWuPTLBm4SEE6AJKH9Ofa50Rv1	La efectividad se medirá en el último seguimiento	Según las evidencias reportadas la acción se ha ejecutado tal como esta establecida. Se recomienda realizar una verificación que permita medir si se han presentado dificultades para presentar las PQRSDF
Atención al ciudadano	No Discriminación	9, El personal de las dependencias desconoce o no aplica correctamente los protocolos de atención.	1, Atención deficiente o inadecuada a las personas afectadas. 2, Incremento en la insatisfacción y desconfianza hacia la institución. 3, Riesgo de sanciones legales	La Oficina de Atención al Ciudadano Y Transparencia tiene establecido el MDE.AT-01 v.00, Protocolo de Atención al Ciudadano con Diversidad Funcional, el cual difundirá mediante sensibilizaciones a las diferentes dependencias administrativas.	Moderado	El Jefe de Atención al Ciudadano y Transparencia con apoyo de los estudiantes en prácticas formativas del programa de Psicología asignados realizarán sensibilizaciones y promoción del Protocolo de Atención al Ciudadano con Diversidad Funcional a las oficinas administrativas. (15)	Una vez durante el semestre	Una vez durante el semestre			Según lo descrito en el acta de seguimiento , la acción no se ha podido realizar, se recomienda ejecutar la acción para poder realizar la medición de la efectividad en el último seguimiento
CEDIMOL	Corrupción	Manipulación de resultados para favorecer a terceros	Pérdida en la confiabilidad de los resultados emitidos por el laboratorio. Sanciones y multas	La trazabilidad y entrega de los resultados cómo soporte de la prestación del servicio es el envió de los mismos a través del correo electrónico suministrado por el usuario	Bajo	Implementación del código de barras de identificación única para cada reporte	Agosto	Agosto	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: El ingeniero a cargo de la actividad, está trabajando en la creación de una nueva plataforma donde se pueda implementar la identificación de los pacientes utilizando código de barras, garantizando la seguridad en la información del paciente. Evidencia: Ver link: El ingeniero periódicamente emite un documento informado de los avances que ha tenido la plataforma	No es posible verificar la efectividad de la acción ya que la herramienta se encuentra en construcción	Se evidencia informe del ingeniero a cargo de la actividad sin embargo dentro el informe no se especifica si el tema del código de barras ya se encuentra implementado, se recomienda al proceso establecer una acción adicional mas practiva de implementar mientras se finaliza la ejecución del código de barras.
CEDIMOL	Gestión	Alteración de las muestras y reactivos que se almacenan en refrigeración por pérdida del fluido eléctrico	No prestación adecuada del servicio. Resultados erróneos por daño en los reactivos Pérdida de cadena de frío de las muestras y reactivos. Insatisfacción de los usuarios o clientes.	Existencia de equipos de soporte eléctrico (UPS) que permiten subsanar las fallas en el fluido eléctrico, sin embargo, este control no sirve para todos los equipos especializados.	Bajo	El líder del CEDIMOL realizará nuevamente ante la oficina de planeación la solicitud para la adquisición por parte de la Universidad de soporte eléctrico en caso de que se presentes interrupciones o fallas en el fluido eléctrico.	Marzo	noviembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: Desde la vigencia del 2023 se realizó la solicitud, la directora de la oficina de planeación junto al ingeniero realizaron una visita el 01 de noviembre de 2023 para determinar la cantidad de equipos, el voltaje y la capacidad eléctrica del laboratorio. En esta vigencia el director del laboratorio ha solicitado a la oficina de planeación un informe del avance de este requerimiento, hasta la fecha de la elaboración de esta reunión no se ha obtenido respuesta. Evidencia: Ver link: Por medio del correo se realizó la solicitud.	Acción no efectiva a la fecha	Según la información reportada la acción se ejecutó sin embargo se recomienda hacer seguimiento con el fin de que la misma sea efectiva

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
CEDIMOL	Gestión	Uso inadecuado de los equipos del laboratorio	No prestación adecuada del servicio y emisión de resultados erróneos.	Acceso a los equipos de personal capacitado y autorizado	Bajo	Contratación de personal con experiencia y capacitación personal sobre el adecuado uso de los equipos en la inducción y/o reintroducción.	De acuerdo al ingreso de personal al laboratorio	De acuerdo al ingreso de personal al laboratorio	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: Se realiza la contratación de personal capacitado y con experiencia en laboratorio clínico. Durante la inducción se le habla al personal de la importancia del buen uso de los equipos, se da a conocer la hoja de vida de cada equipo para conocimiento de los manuales y guías de uso, se dan a conocer los formatos de uso de cada equipo. Evidencia: Ver link: reintroducción.	La efectividad se medirá en el último seguimiento	Según la información reportada la acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda en el siguiente seguimiento establecer el estado de los equipos con el fin de identificar si la acción ha sido efectiva o no.
CEDIMOL	Gestión	Uso inadecuado de los equipos del laboratorio	No prestación adecuada del servicio y emisión de resultados erróneos.	Acceso a los equipos de personal capacitado y autorizado		Diligenciamiento del uso de los formatos de uso de equipos. (SE REALIZA EN FISICO)	Febrero	Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: Para controlar y verificar quien hace usos de los equipos el personal debe diligenciar el formato FLA-15 préstamo de equipos de laboratorio. Evidencia: Ver link: Diligenciamiento del uso de los formatos de uso de equipos. (SE REALIZA EN FISICO)		
CEDIMOL	Seguridad Digital	Acceso no autorizado a las bases de datos de los pacientes almacenadas en el laboratorio clínico CEDIMOL.	Perdida y/o alteración de la información almacenada en las bases de datos de los pacientes. Sanciones y multas	Se realiza la instalación y aplicación de software que permite el control de la información en el servidor contra robo de información o hackeo, Política de acceso cruzado, ingreso a la plataforma con una IP determinada, acceso basado en tokens, control de acceso basado en roles (niveles de acceso a personal determinado), cifrado de la información y contraseña basado en acceso de datos, CAPTCHA (evita ataques de fuerza bruta), protección de puertos con firewall, helmet en ingles evita mostrar que tecnologías hay en el servidor, información sensible declarada en variables de entorno, para el mantenimiento del aplicativo se utiliza acceso remoto SSH con	Bajo	Contratación del ingeniero de desarrollo con experiencia y capacitado para crear, actualizar y mantener la seguridad de las plataformas del laboratorio.	De acuerdo al ingreso de personal al laboratorio	De acuerdo al ingreso de personal al laboratorio	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: El director del laboratorio realizó la gestión para la contratación del ingeniero de desarrollo para el laboratorio Evidencia: Ver link: Contratación del ingeniero de desarrollo con experiencia capacitado para crear, actualizar y mantener la seguridad de las plataformas del laboratorio.	La efectividad se medirá en el último seguimiento	Según la información reportada la acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda en el siguiente seguimiento establecer si la acción ha sido efectiva o no.
CEDIMOL	Seguridad Digital	Acceso no autorizado a las bases de datos de los pacientes almacenadas en el laboratorio clínico CEDIMOL.	Perdida y/o alteración de la información almacenada en las bases de datos de los pacientes. Sanciones y multas			Constante actualización y verificación de la seguridad en las plataformas	Marzo	Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 016 del 11 de agosto del 2025: El ingeniero de desarrollo del software constantemente actualizar y verifica la seguridad de la misma. Evidencia: Ver link: Informes de actualización y verificación de la seguridad en las plataformas		Según la información reportada la acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda en el siguiente seguimiento establecer si la acción ha sido efectiva o no.
Comunicación y prensa	Corrupción	Uso indebido de los canales institucionales para favorecimiento personal o de terceros	1 Perdida de la credibilidad institucional	La líder del proceso asigna un profesional encargado del manejo de canales institucionales, el cual debe responder por la administración del mismo.	Alto	Se capacitará al personal designado para el manejo de los canales institucionales, asegurando que no utilice la imagen institucional y las redes sociales para fines no alineados a la institución.	09 de Junio - 09 de diciembre	Segunda semana de cada semestre del año 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	A la fecha de la evaluación, no se presentó evidencia del inicio o finalización de la capacitación. El riesgo se mantiene en su nivel original, ya que el personal clave no ha recibido la instrucción formal. Se recomienda 1. Ejecutar la acción de inmediato (capacitación). 2. La

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades						Código	FDE.PL-34 v.02	
							Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Comunicación y prensa	Gestión	Posibilidad de pérdida reputacional por bloqueo de un canal de comunicación institucional debido al inadecuado manejo en las comunicaciones por parte de la oficina de Comunicación y Prensa.	1.Afectación de la imagen de la Universidad de Pamplona a nivel interno y externo. 2. Quejas de los ciudadanos. 3. Investigaciones legales	1. Los profesionales encargados de generar los contenidos informativos a difundir por la página web o las redes sociales institucionales verifican con las áreas el contenido de los mensajes con el fin de contar con aprobación previa antes de ser difundida por la oficina de prensa. 2. El Jefe de la Oficina de prensa revisa con el equipo de trabajo los temas y asigna el cubrimiento de temas específicos según la necesidades manifestadas por las áreas, para que los contenidos generados	Moderado	Se capacitará al personal nuevo que se incorpore a la oficina de Comunicación y Prensa, asegurando que el contenido publicado cumpla con las normativas requeridas y evitando el riesgo de ser bloqueados según los lineamientos normativos de cada plataforma digital o un medio de comunicación externo y se dejara evidencia mediante acta de reunión FAC-08 v.01.	09 de Junio - 09 de diciembre	Segunda semana de cada semestre del año 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	No hay evidencia de la ejecución de la capacitación a personal nuevo ni del acta de reunión (FAC-08 v.01). Cada nueva contratación incrementa la exposición al riesgo de bloqueo por desconocimiento de la normativa. Se recomienda : 1. Priorizar e implementar la capacitación de manera inmediata. 2. Para medir la efectividad: Se debe rastrear y reportar la tasa de publicaciones rechazadas o bloqueadas por incumplimiento, esperando que esta métrica tienda a cero una vez
Comunicación y prensa	Gestión	Posibilidad de pérdida reputacional por quejas masivas de los grupos de valor o de interés debido a la información no veraz y/o desactualizada en nuestra página web y redes sociales	1. Afectación de la imagen institucional . 2. Investigaciones y sanciones (particular e institucional)	1. Los profesionales encargados de generar los contenidos informativos a difundir por la página web o las redes sociales institucionales verifican con las áreas el contenido de los mensajes con el fin de contar con aprobación previa antes de ser difundida por la oficina de prensa. 2. El Jefe de la Oficina de prensa revisa con el equipo de trabajo los temas y asigna el cubrimiento de temas específicos según la necesidades manifestadas por las áreas, para que los contenidos generados	Bajo	La directora de la oficina de comunicación y prensa como líder del proceso asignara a un profesional de la oficina para realizar seguimiento y monitoreo a las diferentes canales de comunicación institucional para verificar su pertinencia, asertividad y claridad en la información presentada, igualmente, de forma trimestral se dejara como evidencia mediante acta de reunión FAC-08 v.01 el seguimiento al cumplimiento de esta acción.	11 de marzo - 09 de Junio - 15 de septiembre - 09 de diciembre	Segunda semana de cada trimestre del año 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	No existe evidencia de la asignación del profesional de monitoreo ni del seguimiento trimestral. La institución está expuesta permanentemente a quejas masivas por falta de control y verificación de la información publicada. Recomendación: 1. Ejecutar la
Comunicación y prensa	Seguridad Digital	Posibilidad de Pérdida de archivo digital: Audiovisual y fotográficos.	1. Pérdida de la memoria audiovisual y Fotográfica de la Universidad de Pamplona	La oficina de comunicación y prensa en la actualidad realiza un seguimiento trimestral a través de las reuniones de grupo de mejoramiento lideradas por la directora de la oficina, en la que se revisa la actualización del archivo fotográfico y la manera en la cual se esta realizando, esta información se esta guardando en la memoria del correo institucional de la oficina de prensa@unipamplona.edu.co	Bajo	La oficina de comunicación y prensa con el objetivo de prevenir el riesgo tomara como acción preventiva la creación y uso de un almacenamiento en línea a través de SharePoint y OneDrive, en donde será cargado el archivo digital: Audiovisual y fotográfico por parte de cada uno de los funcionarios vinculados a la oficina, previa a una capacitación realizada por un profesional designado por la líder del proceso, el acceso a el almacenamiento el línea se realizara a través del correo institucional. De igual modo se cuenta con discos duros en donde se almacena igualmente la información por carpetas por año, mes y actividad.	11 de marzo - 09 de Junio - 15 de septiembre - 09 de diciembre	Segunda semana de cada trimestre del año 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	No se presentó evidencia del inicio de la migración de archivos ni de la capacitación al personal sobre el uso de SharePoint/OneDrive. El riesgo de pérdida de archivos (activos institucionales clave) se mantiene en su punto máximo debido a la falta de un repositorio centralizado y un procedimiento de respaldo. Se recomienda: 1. Priorizar la
Comunicación y prensa	Seguridad Digital	Daño físico de los equipos tecnológicos	1. No contar con los equipos apropiados y en buenas condiciones para el apoyo de las diferentes actividades institucionales. 2. Saturación y daño por exceso en el uso de un solo equipo	1. Los profesionales encargados del uso de los diferentes equipos existentes en la oficina de Comunicación y Prensa realizaran mantenimiento preventivo de los equipos que ellos utilicen. 2 El Jefe de la Oficina de prensa revisara de manera trimestral las condiciones de los equipos. 3. El jefe de la oficina de Comunicación y Prensa o el contratista encargado, solicitarán el mantenimiento preventivo de	Moderado	La directora de la oficina de Comunicación y Prensa como líder del proceso asignara a un profesional de la oficina para realizar seguimiento y monitoreo de los equipos, dejando como evidencia en un informe semestral, además se solicitara un mantenimiento con la dependencia encargada, para la revisión de software y sistema del equipo.	09 de junio - 09 de diciembre	Segunda semana de junio y segunda semana de diciembre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	No se presentó evidencia de la asignación del responsable ni de la emisión de un informe semestral de seguimiento y mantenimiento. Los equipos operan sin una gestión de mantenimiento proactiva, aumentando la probabilidad de fallas que impacten la operación. Se recomienda : 1. Implementar la asignación del responsable y el cronograma de mantenimiento inmediatamente 2. Para medir la
Comunicación y prensa	No Discriminación	Posibilidad de emitir mensajes, ejecutar acciones o implementar estrategias que excluyan, vulneren o afecten negativamente a determinados grupos sociales.	1. Consecuencias legales 2. Deteriorar la reputación institucional 3.Limitar el alcance de las campañas comunicativas 4.Afectar la confianza de los públicos internos y externos, comprometiendo la misión inclusiva de la organización.	La oficina de Comunicación y Prensa, actualmente maneja productos audiovisuales creados con la finalidad de responder a todas las necesidades comunicativas existentes, entre ello se incluye el uso de subtítulos y lengua de señas. Cada producto antes de su publicación pasa por revisión y aprobación de la directora de	Moderado	Se capacitará al personal nuevo que se incorpore a la oficina de Comunicación y Prensa, asegurando que adquieran el conocimiento necesario sobre temas sobre lenguaje inclusivo, accesibilidad y demás temas relacionados para que de este modo aseguren que las publicaciones cumplan con este requisito y se dejara evidencia mediante acta de reunión FAC-08 v.01.	09 de Junio - 09 de diciembre	Segunda semana de cada semestre del año 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	No se presentó evidencia de la ejecución de la capacitación ni del acta de reunión (FAC-08 v.01). Las comunicaciones institucionales están altamente expuestas al riesgo de emitir contenido discriminatorio o excluyente sin el conocimiento formal de la normativa. Se recomienda: 1. Ejecutar la capacitación de manera obligatoria y urgente 2. Para medir la efectividad

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Construcción e innovación del Software	Gestión	Posibilidad de imprecisiones en los desarrollos realizados y entregados	Asignación de tiempos y recursos adicionales para la revisión, ajuste y reestructuración de los requerimientos entregados	- El coordinador técnico de desarrollo y el desarrollador realiza la Revisión de la documentación asociada con las necesidades, cada vez que se recibe un requerimiento - El analista de pruebas realiza la ejecución de las pruebas de los desarrollos realizados, cada vez que sea necesario de acuerdo a los procedimientos establecidos	Bajo	- El personal responsable debe realizar las siguientes actividades cada vez que sea necesario para cada requerimiento - Revisar la documentación relacionada con cada requerimiento por parte del personal de desarrollo y pruebas	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: El personal de desarrollo y pruebas, continúan realizando la revisión diaria del Centro de Asistencia Técnica, herramientas a través de la cual se reciben las solicitudes de los clientes. El equipo de trabajo revisa la solicitud y una vez identifica los requerimientos procede a brindar una solución efectiva, tal como la aplicación de implementación, pruebas y/o liberación, entre otros, según sea el caso. Evidencia: Acta 540-002-017 del 03 de julio de 2025.	Es efectivo - Evidencias allegadas	Según las evidencias las acciones establecidas se ejecutan tal como estan planificadas y son efectivas sin embargo se recomienda especificar en el acta de seguimiento la ejecución de las acciones establecidas.
Construcción e innovación del Software	Gestión	Posibilidad de imprecisiones en los desarrollos realizados y entregados	Asignación de tiempos y recursos adicionales para la revisión, ajuste y reestructuración de los requerimientos entregados			Solicitar reuniones complementarias con el cliente para aclaración de dudas cuando sea necesario	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: El personal de desarrollo y pruebas, continúan realizando la revisión diaria del Centro de Asistencia Técnica, herramientas a través de la cual se reciben las solicitudes de los clientes. El equipo de trabajo revisa la solicitud y una vez identifica los requerimientos procede a brindar una solución efectiva, tal como la aplicación de implementación, pruebas y/o liberación, entre otros, según sea el caso. Evidencia: Acta 540-002-017 del 03 de julio de 2025.		
Construcción e innovación del Software	Gestión	Posibilidad de imprecisiones en los desarrollos realizados y entregados	Asignación de tiempos y recursos adicionales para la revisión, ajuste y reestructuración de los requerimientos entregados			Llevar a cabo el proceso de pruebas a los desarrollos realizados, e identificar y reportar los errores de acuerdo al procedimiento de Verificación de la Calidad en los Productos de Software Desarrollados	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: El personal de desarrollo y pruebas, continúan realizando la revisión diaria del Centro de Asistencia Técnica, herramientas a través de la cual se reciben las solicitudes de los clientes. El equipo de trabajo revisa la solicitud y una vez identifica los requerimientos procede a brindar una solución efectiva, tal como la aplicación de implementación, pruebas y/o liberación, entre otros, según sea el caso. Evidencia: Acta 540-002-017 del 03 de julio de 2025.		
Construcción e innovación del Software	Gestión	Posibilidad de imprecisiones en los desarrollos realizados y entregados	Asignación de tiempos y recursos adicionales para la revisión, ajuste y reestructuración de los requerimientos entregados			Corregir los errores reportados del proceso de pruebas	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: El personal de desarrollo y pruebas, continúan realizando la revisión diaria del Centro de Asistencia Técnica, herramientas a través de la cual se reciben las solicitudes de los clientes. El equipo de trabajo revisa la solicitud y una vez identifica los requerimientos procede a brindar una solución efectiva, tal como la aplicación de implementación, pruebas y/o liberación, entre otros, según sea el caso. Evidencia: Acta 540-002-017 del 03 de julio de 2025.		
Construcción e innovación del Software	Corrupción	Posibilidad de inclusión de componentes al sistema de información con código malicioso para el Ingreso al sistema de forma ilícita o irregular.	Modificación de manera ilegal de la información administrativa, financiera y/o académica con la que cuentan los usuarios dentro del sistema de información.	El coordinador técnico de desarrollo y el analista de pruebas encargado de la liberación de los productos verificar el contenido de las versiones liberadas.	Bajo	El coordinador técnico de desarrollo y el analista de pruebas encargado de la liberación de los productos aplica el mecanismo para la verificación de los componentes liberados en cada una de las versiones.	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: Durante el segundo cuatrimestre 2025 no se han llevado a cabo liberaciones.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará cuando se realicen liberaciones.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Construcción e innovación del Software	Seguridad Digital	Posibilidad de afectación reputacional debido a la modificación no autorizada de la información o pérdida de la misma, causados por posible ataque informático, fallas (eléctricas, tecnológicas), errores de configuración y/o vulnerabilidades en el sistema de información	Afectación (inserción, modificación, robo y/o eliminación) de la información relacionada con los usuarios en el sistema de información. Suplantación de la identidad de los usuarios.	Cada sistema de información tiene implementado componentes de seguridad para prevenir accesos no autorizados a los diferentes recursos. Existen copias de seguridad que resguardan la información de los diferentes procesos. Se implementa la asignación de contraseñas fuertes para diferentes procesos.	Alto	Verificación periódica de los diferentes componentes de seguridad implementados en el sistema de información, con el fin de que los mismos sean actualizados y mejorados. Resguardo externo de las copias de seguridad generadas tanto de los sistemas de información como de las bases de datos.	Primera semana de febrero	Cuarta semana de Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 540-002-018 del 25 de agosto de 2025: - De manera periódica se realiza revisión constante a nivel de código para validar las soluciones de seguridad que se han implementado, sin encontrar hasta el momento modificaciones de estas, pues estas cumplen con validaciones de autenticación ya autorización para el acceso a los diferentes recursos disponibles. - Para los data y los respectivos logs que se llevan, se implementa un mecanismo de copias de seguridad generados tanto de los sistemas de información como de las bases de datos. EVIDENCIAS: No tiene evidencia documental dentro del proceso que se encuentra actualmente.	No puede verificarse la efectividad, por cuanto no fueron aportadas evidencias.	Según la información reportada por el proceso la acción se ha ejecutada como esta establecida, sin embargo no es posible verificar su efectividad ya que no se presentan evidencias de su ejecución ni un reporte de que la ejecución de la misma mitiga el riesgo.
Control Interno de Gestión	Corrupción	Alteración de los resultados de las evaluaciones independientes para beneficio propio o de terceros.	Sanciones Disciplinarias. Alteración de procesos institucionales. Pérdida de credibilidad del proceso.	Aprobación del Plan Anual de Auditorías por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Elaboración y firma de la carta de compromiso y carta de representación previo al proceso de auditoría por parte del Auditor y Auditado. Aplicación del procedimiento de auditorías internas específicas definido por el proceso de Control Interno de Gestión para el desarrollo efectivo de las evaluaciones. Revisión previa por parte del líder del proceso de Control Interno de Gestión de los	Bajo	Revisión previa por parte del líder del proceso de Control Interno de Gestión de los resultados preliminares producto del trabajo de campo desarrollado por el auditor y/o funcionario asignado. Revisión y aprobación del informe definitivo de auditoría específica por parte del auditado, auditor y líder el proceso de Control Interno de Gestión. El jefe de la oficina de Control Interno de Gestión presentará ante los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno por lo menos una vez al semestre los resultados de las auditorías específicas para la revisión y determinación del tratamiento y verificación de resultados.	Primera semana de febrero	Tercera semana de noviembre	El día 17 de febrero de 2025 se realizó el primer Comité Interinstitucional de Coordinación de Control Interno vigencia 2025. Se dio inicio a la ejecución del Plan Anual de Auditorías y actividades planificadas en el FAC-23 para la vigencia 2025, a partir de la aprobación por parte del CICCI.	La efectividad se medirá en el siguiente seguimiento	La acción se ejecuta tal como esta establecida,
Control Interno de Gestión	Gestión	Incumplimiento de las actividades establecidas en la Planificación del proceso y el Plan Anual de Auditorías.	Incumplimiento a las acciones planteadas y objetivo del proceso. Pérdida de credibilidad de las funciones de la Oficina de Control Interno de Gestión	El jefe de la oficina de Control Interno de Gestión realiza la solicitud de personal idóneo y con experiencia para el desarrollo de las labores de control interno mediante contratación. Realizar seguimiento en el grupo de mejoramiento al cumplimiento de las actividades establecidas en el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades y evaluar la efectividad de acuerdo al cronograma establecido, replanteando de ser necesario la fecha de ejecución de las mismas.	Moderado	Elaborar por parte del grupo de mejoramiento una vez al año el diagnóstico de necesidades de capacitación de la oficina para el mejoramiento de las actividades y remitirlo a la oficina de Talento Humano para el trámite correspondiente o en su defecto consolidar las evidencias de capacitaciones realizadas por los entes de control externo y otras entidades en donde haya participado el personal de la dependencia. Gestionar con la Oficina de Contratación y Gestión del Talento Humano la vinculación de personal competente a los procesos de Control Interno de Gestión según la necesidad.	Febrero de cada año	Tercera semana de noviembre	El día 17 de febrero de 2025 se remitió a la Oficina de Gestión de Talento Humano el Formato FGH-10 Necesidades de Capacitación debidamente diligenciado. Ante el proceso de Contratación se ha solicitado el personal necesario, se han contratado 2 personas y una tercera persona se encuentra en proceso de trámites contractuales. Se solicitarán los mismos contratistas para el segundo semestrer	La efectividad se medirá en el siguiente seguimiento	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Control Interno de Gestión	Gestión	Inoportunidad e inexactitud en Rendición de Informes de Ley a los Entes Externos de Control.	Incurrir en faltas ante los entes de control externos y de vigilancia. Sanciones Disciplinarias y Económicas. Alteración de procesos Institucionales. Pérdida reputacional por hallazgos generados por los organismos de control y/o notificaciones de entidades externas	Realizar seguimiento en el grupo de mejoramiento al cumplimiento de las actividades establecidas en el FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades relacionadas con el reporte de información a los entes de control externos y la correcta aplicación del PCI-07 v.04 Relación con Entes Externos de Control. Acorde al informe a presentar según el requerimiento del organismo de control, el funcionario asignado de la dependencia de Control Interno de Gestión realiza la solicitud de manera oportuna al proceso responsable del suministro de la información, con el fin de velar que se cumplan los principios de oportunidad, integridad y pertinencia por parte de la Institución frente a las diferentes	Bajo	Realizar seguimiento periódico al FAC-23 Planificación, Control y Seguimiento de Actividades. Facilitar la interacción y el flujo de información con los Entes Externos de Control conforme al Rol que le asiste por norma a la Oficina de Control Interno; así mismo establecer las directrices, actividades, seguimiento, controles y responsables en la elaboración de los Informes de Ley dentro de los términos establecidos por dichos organismos, velando que se cumplan los principios de oportunidad, integridad y pertinencia por parte de la Institución frente a las diferentes solicitudes.	Febrero	Diciembre	Mediante Acta No. 002 del 30 de enero de 2025 de Grupo de Mejoramiento se realizó la reunión de Planificación de Actividades 2025 y revisión de compromisos con el SIG. A la fecha se han hecho dos seguimientos De acuerdo a la solicitud de Entes de Control y rendición de informes de Ley, se ha solicitado la información que corresponda a las dependencias involucradas velando que se cumplan los principios de oportunidad, integridad y pertinencia.	La efectividad se medirá en el siguiente seguimiento	La acción se ejecuto tal como esta establecida
Control Interno de Gestión	Gestión	Demoras en la elaboración y entrega de los informes de auditoría interna y de seguimiento por parte de los auditores.	Incumplimiento del cronograma Pérdida de credibilidad de las funciones de la Oficina de Control Interno de Gestión y el Equipo Auditor. Demora en la entrega de los Planes de Acciones Correctivas.	El Jefe de la oficina de Control Interno de Gestión, cada vez que se realice una auditoría, verificará que la actividades contempladas en el plan anual de auditorías y el programa de auditorías se cumplan de acuerdo a lo programado. Alternativamente a través del líder de la auditoría se hará la verificación del cumplimiento y reportará al jefe de la Oficina para las decisiones que se requieran y de lo actuado se dejarán constancias en actas de	Moderado	Realizar reuniones de enlace que permitan hacer seguimiento a la entrega preliminar y final de los Informes de Auditorías.	Febrero / Cada vez que se realice una Auditoría	Noviembre / Cada vez que se realice una Auditoría	A la fecha de encuentran en ejecución las Auditorías Específicas de Control Interno, las cuales se ejecutan de acuerdo al Plan de Trabajo acordado. Para el informe preliminar el auditor asignado socializa a la Lider del proceso para la respectiva aprobación antes de la remisión a los procesos auditados. Las Auditorías Internas de Calidad se ejecutarán en el segundo semestre del año en curso.	La efectividad se medirá en el último seguimiento	A la fecha la acción se encuentra en ejecución
Control Interno de Gestión	Gestión	Deficiente calidad de los informes de auditoría y seguimiento.	La no evaluación objetiva de los procesos auditados. La no toma de acciones correctivas o preventivas y/o oportunidades de mejora producto de las auditorías y evaluaciones que permitan la mejora continua de los procesos.	Revisión y aprobación del informe definitivo de auditoría específica por parte del auditado, auditor y líder el proceso de Control Interno de Gestión.	Moderado	El Jefe de la oficina de Control Interno de Gestión establecerá dentro del Plan de Capacitación asesorías para fortalecer al equipo de funcionarios en presentación de informes técnicos y ejecutivos. Así mismo reforzará el aprendizaje y la actualización en los temas del Control Interno.	Febrero	Noviembre	En la solicitud realizada a la oficina de talento humano se solicitaron las capacitaciones específicas para los auditores internos. Participación activa de los funcionarios de la Oficina y Equipo Auditor en las diferentes capacitaciones que imparte Función Pública e ICONTEC.	La efectividad se medirá en el último seguimiento	A la fecha la acción se encuentra en ejecución

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Control Interno de Gestión	Gestión	Incorrecta evaluación a la efectividad de los controles del Sistema de Control Interno	Pérdida de eficiencia en los procesos Pérdida de credibilidad de la Entidad Hallazgos de Entes de Control Externos No se generan alertas tempranas para la toma de decisiones	Evaluaciones independientes y auditorías internas. Controles internos periódicos en los diferentes niveles y áreas de la Institución. Seguimiento a las recomendaciones y oportunidades de mejora emitidas por los auditores internos para corregir la deficiencia en los controles. Evidencias de seguimiento.	Moderado	Asegurar la eficacia y confiabilidad del Sistema de Control Interno, evaluando periódicamente las diferentes áreas y niveles de la institución, bajo los criterios de evaluación establecidos por la Oficina de Control Interno con la documentación de auditorías y evaluaciones independientes, contando con personal capacitado e idóneo, el uso correcto herramientas de evaluación que permitan medir la efectividad de los controles y los riesgos asociados a los procesos con una revisión independiente para asegurar la objetividad. Incluir formación sobre las técnicas más actualizadas para evaluar la efectividad de los controles y sobre los riesgos emergentes que podrían afectar el sistema de control.	Febrero	Diciembre	Se encuentra en ejecución del Plan Anual de Auditorías y actividades planificadas en el FAC-23 para la vigencia 2025, a partir de la aprobación por parte del CICC, así como los respectivos seguimientos. Con el Diplomado en Sistemas Integrados HSEQ ejecutado en el segundo semestre de 2024 que amplió el Equipo Auditor contando a la fecha con 35 auditores capacitados, adicional mantiene en continuo aprendizaje con las diferentes capacitaciones que ofrece Función Pública e ICONTEC.	La efectividad se medirá en el último seguimiento	A la fecha la acción se encuentra en ejecución
Control Interno de Gestión	Seguridad Digital	Pérdida de confidencialidad de la información clasificada, reservada o en construcción que está bajo responsabilidad de la dependencia debido al incumplimiento de las políticas de seguridad de la información institucionales	Utilizar información clasificada y reservada en beneficio propio o de terceros. Acceso de la información por parte de personal no autorizado Pérdida de la imagen institucional y del proceso Acceso de la información por parte de personal no autorizado	La jefe de la oficina de control interno, trimestralmente solicita a la dependencia encargada, un reporte de permisos de acceso las carpetas compartidas que contienen información clasificada y reservada, verificando que solamente el personal autorizado tenga acceso a dicha información, con el fin de garantizar los lineamientos de seguridad de la información, en caso de no realizar la verificación, el profesional responsable le generará la alerta	Moderado	La jefe de la oficina de control interno, solicitará al encargado de seguridad de la información una capacitación en materia de información clasificada y reservada, con el fin de fortalecer las competencias de los profesionales. Establecer un compromiso de confidencialidad por parte del personal adscrito a la oficina de Control Interno de Gestión.	Segunda semana de febrero	Ultima semana de junio	Después de la tercera semana del mes de abril se solicitara al CIADTI una capacitación en materia de Seguridad y Privacidad de la Información. Se firma por parte de los miembros de la Oficina de Control Interno de Gestión el Acta de Confidencialidad.	La efectividad se medirá tan pronto se ejecute la acción	A la fecha no se ha ejecutado la acción se recomienda para el segundo seguimiento evidenciar su ejecución con el fin de mantener el riesgo controlado
Control Interno de Gestión	No Discriminación	Incapacidad para gestionar adecuadamente las situaciones reportadas.	Subregistro de casos de discriminación y exclusión. Reiteración de conductas discriminatorias por falta de sanciones efectivas. Impacto negativo en el clima organizacional y en la salud emocional de los afectados.	Protocolo de Prevención, Detección y Atención de Violencia Basada en Género y el Protocolo de Atención al Ciudadano con Diversidad Funcional MDE.AT-01 v.00. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portal/G/home_1/recursos/noticias_2023/junio/15062023/protocolo_b_violencia_genero.pdf https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portal/G/home_1/recursos/atencion_ciudadano_transparencia/11042023/protocolo_div_funcional.pdf Atención al Ciudadano y Transparencia (Acciones Incluyentes).chrome	Moderado	Asegurar de que todo el personal, desde los niveles más bajos hasta los más altos, reciba formación regular sobre temas de inclusión, diversidad, no discriminación y derechos humanos por parte de las oficinas que lideran estos temas como lo son Bienestar Universitario y Atención al Ciudadano y Transparencia teniendo en cuenta el contexto específico de cada dependencia.	Febrero	Diciembre	Se remitirá un correo a la oficina de Bienestar Universitario para que informen las actividades o acciones propuestas para vincular a todo el personal docente y administrativo en temas de inclusión, diversidad, no discriminación y derechos humanos.	La efectividad se medirá tan pronto se ejecute la acción	A la fecha no se ha ejecutado la acción se recomienda para el segundo seguimiento evidenciar su ejecución con el fin de mantener el riesgo controlado

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Control Interno de Gestión	No Discriminación	El personal de las dependencias desconoce o no aplica correctamente los protocolos de atención.	Atención deficiente o inadecuada a las personas afectadas. Incremento en la insatisfacción y desconfianza hacia la institución. Riesgo de sanciones legales por incumplimiento de normativas relacionadas con la atención a casos de discriminación.	Protocolo de Prevención, Detección y Atención de Violencia Basada en Género y el Protocolo de Atención al Ciudadano con Diversidad Funcional MDE.AT-01 v.00. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/noticias_2023/junio/15062023/protocolo_b_violencia_genero.pdf https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/atencion_ciudadano_transparenc/11042023/protocolo_div_funcional.pdf Atención al Ciudadano y Transparencia /Acciones	Moderado	Evitar situaciones de exclusión o trato desigual hacia ciertos grupos de personas aplicando los protocolos de inclusión y no discriminación establecidos por las Oficinas de Bienestar Universitario y la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia como los son: Protocolo de Prevención, Detección y Atención de Violencia Basada en Género y el Protocolo de Atención al Ciudadano con Diversidad Funcional MDE.AT-01 v.00 respectivamente. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/noticias_2023/junio/15062023/protocolo_b_violencia_genero.pdf https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_1/recursos/atencion_ciudadano_transparenc/11042023/protocolo_div_funcional.pdf Realizar evaluaciones periódicas sobre la implementación de los protocolos y la efectividad de las políticas de inclusión y no discriminación.	Febrero	Diciembre	Se remitirá un correo a la oficina de Bienestar Universitario para que informen las actividades o acciones propuestas para evitar situaciones de exclusión o trato desigual hacia ciertos grupos de personas aplicando los protocolos de inclusión y no discriminación establecidos.	La efectividad se medirá tan pronto se ejecute la acción	A la fecha no se ha ejecutado la acción se recomienda para el segundo seguimiento evidenciar su ejecución con el fin de mantener el riesgo controlado
Control interno disciplinario	Corrupción	Dilatación o favorecimiento en los procesos para beneficiar intereses que sean contrarios a los principios que rigen la función pública o para favorecer a terceros	1. Impunidad, en las sanciones disciplinarias para el investigado. 2. Proceso disciplinario por falta gravísima para el funcionario, destitución e inhabilidad general. 3. Procesos Penales, para el funcionario de control interno disciplinario por prevaricato por acción, tráfico de influencias. 4.Deterioro de la Imagen institucional 5.Toma de decisiones inadecuadas	El líder del proceso y el personal adscrito a la dependencia realizan el seguimiento continuo de las actividades descritas en el Procedimiento Investigación Disciplinaria, validado por el sistema Integrado de Gestión (SIG), con el propósito de verificar el buen desarrollo de los procesos que se adelantan por cada uno de los profesionales del Grupo, de lo cual se deja las evidencias en los registros y trámites normativos correspondientes, según el caso, en cada expediente. En caso de encontrar irregularidades se toman las acciones.	Bajo	El líder del proceso realiza semestralmente mesa de trabajo para la revisión de procesos activos a cargo del equipo, con el propósito de verificar el buen desarrollo de los procesos que se adelantan por cada uno de los profesionales, de lo cual se deja las evidencias en las actas, en caso de encontrar irregularidades se toman las acciones que correspondan. Se deja registro mediante FAC-08 "Acta de Reunión"	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 013 del 10 de julio del 2025: Para esto se realiza control por parte del líder del proceso y el personal adscrito a la dependencia donde nos reunimos para realizar el seguimiento al Procedimiento Investigación Disciplinaria y la de base de datos general de control de estado de los procesos. Para lo anterior se tuvo en cuenta la normatividad vigente y el procedimiento establecido para los procesos disciplinario la ley 1952 de 2019 modificada por la ley 2094 de 2021, y verificando las diferentes etapas procesales y en especial , así como lo ordenados en los diferentes autos de indagación previa, apertura de investigación, de pruebas, la formulación de pliego de cargo, juzgamiento, así como de que se realicen las solicitudes a dependencias internas o externas de las demás actividades de una adecuada investigación disciplinaria para poder dilucidar la situación en particular de los casos que se encuentren en revisión y controlando que se dé aplicabilidad normativa y dentro de los parámetros de la eficiencia, eficacia y el cumplimiento del respeto por las normas jurídicas, con esto no existe cabida ninguna a que se nos presente ningún hecho de corrupción por cuanto se hace un proceso de verificación acucioso y transparente para evitar cualquier situación antijurídica. EVIDENCIAS: Actas 003 del 25 de febrero de 2025, Acta 005 31 de marzo de 2025; Acta 011 25 de junio de 2025.	Es efectivo.	La acción se ejecuta tal como esta establecida y es efectiva
Control interno disciplinario	Gestión	Sanción disciplinaria al vulnerar el derecho al debido proceso omitiendo o desconociendo las actuaciones disciplinarias.	1. Nulidad de la actuación disciplinaria. 2. La declaración de prescripción y/o caducidad de la actuación Disciplinaria 3. Desgaste procesal (debido a que hay que rehacer las diferentes actuaciones). 4. Falta disciplinaria y/o delito si se demuestra la responsabilidad 5.Desconocimiento de las actividades del proceso	El líder del proceso y el personal adscrito a la dependencia realizan el seguimiento continuo de las actividades descritas en el Procedimiento Investigación Disciplinaria, validado por el sistema Integrado de Gestión (SIG), dejando evidencia en los registros y trámites normativos correspondientes, según el caso, en cada expediente. Mantener actualizado permanentemente el cuadro de	Moderado	El líder de la dependencia y el equipo de trabajo en cumplimiento de las actividades descritas en el Procedimiento Investigación Disciplinaria realizarán los controles de revisión de procesos para evitar falta de competencia, violación al derecho de defensa , irregularidades, aplicación del debido proceso, prescripción o caducidad, dejando constancia en acta de reunión de grupo de mejoramiento semestral.	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 013 del 10 de julio del 2025: Este operador disciplinario ha actuado conforme a lo documentado en sus procedimientos, Formatos, de esto se puede evidenciar en los expedientes según el caso, de esto se ha adelantado con las personas a cargo de los tramites de las diferentes investigaciones que los procesos se realicen conforme a lo establecido en el procedimiento y que se adelanten con los formatos correspondientes y bajo los términos establecidos en la ley 1952 de 2019 modificada por la ley 2094 de 2021 y dando cumplimiento a la normatividad disciplinaria y con el respeto de los derechos fundamentales y jurídicas de los intervinientes en los diferentes procesos. Actualmente nos encontramos en su actualización y nos	Es efectivo.	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida y es efectiva.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Control interno disciplinario	Seguridad Digital	Pérdida de la disponibilidad de Información Almacenada en el equipo. Por daños en el equipo debido a virus informático, obsolescencia o altos voltajes.	No se pueden hacer diligencias virtuales No se puede interactuar eficiente y eficazmente con los procesos y entidades en las comunicaciones Retraso de las actuaciones de la dependencia Pérdida de la información digital No se pueden recibir ni enviar correos ,de procesos o quejas	El líder en proceso al detectar las fallas tecnológicas se dirigirá al proceso correspondiente para realizar el respectivo reporte. El líder de la oficina de control disciplinario, y personal adscrito periódicamente solicitan el mantenimiento a los equipos al área encargas El líder de la oficina de control disciplinario, personal adscrito realizara copias de seguridad	Moderado	El líder del proceso realiza mesa de trabajo, con el propósito de analizar, identificar y comunicar las fallas repetitivas con el fin de minimizar los riesgos de pérdida de información o retrasos en las comunicaciones. Así como establecer fechas para ejecutar mantenimiento a los equipo de compute, este análisis quedará registrado mediante FAC-08 Acta de Reunión semestral	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	2025: De acuerdo a la nueva normatividad de seguir llevando las audiencias de manera Virtual, lo cual no ha permitido que este proceso sea más óptimo al momento de atender estas diligencias de manera satisfactoria, así mismo de recordar a todos las personas de la dependencia de tener responsabilidad en el uso de los usuarios y contraseñas de los cuales tengan uso, así como de las memorias o dispositivos de uso de las labores bajo el uso responsable de los mismos y el resguardo de la información. EVIDENCIAS: Email del 21 de enero de 2025, se solicita actualización.Email del 27 de febrero2025.Acta 012 25 de junio de 2025.	Es efectivo.	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida y es efectiva.
Control interno disciplinario	No Discriminación	Desarticulación en la atención a situaciones de discriminación.	Soluciones fragmentadas o ineficaces. Mayor tiempo de resolución, lo que afecta la confianza de las personas afectadas. Pérdida de credibilidad de la universidad como institución inclusiva. Demora en el inicio de la atención al afectada(o)	El líder del proceso realizara control semestral con los intervinientes en la ruta de atención y violencia de genero.	Moderado	El líder del proceso cita a reunión de mesa de trabajo con el fin de analizar e identificar falencias en lo canales de comunicación y los responsables en la atenciones , Se deja registro mediante FAC-08 "Acta de Reunión"	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 013 del 10 de julio del 2025: Este despacho con base a su planificación orientada a la sensibilización con los temas enfocados a la comunidad universitaria en la cual ha enfatizado Este despacho se encuentra abanderado la no discriminación asegurando que sus procesos sean justos, imparciales y no afecten a ningún individuo por razones de raza, género, origen, etc. Esto se logra a través de la aplicación de políticas de igualdad, la capacitación del personal y la implementación de mecanismos para prevenir y sancionar la discriminación esto se ha impartido a la comunidad universitaria en la charla que este despacho ha participado. Evidencias: Acta 31 de marzo de 2025; Acta 011 25 de junio de 2025	Es efectivo.	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida y es efectiva.
Control interno disciplinario	No Discriminación	Incapacidad para gestionar adecuadamente las situaciones reportadas.	Subregistro de casos de discriminación y exclusión. Reiteración de conductas discriminatorias por falta de sanciones efectivas. Impacto negativo en el clima organizacional y en la salud emocional de los afectados.	El líder del proceso realizará control semestral con los intervinientes en la ruta de atención y violencia de genero y no discriminación.	Moderado	El líder de proceso cita a reunión de mesa de trabajo con el fin de analizar e identificar como avanza cada uno desde sus roles y el tramite que se adelanta procedimentalmente en la atención y violencia de genero y no discriminación. Se deja registro mediante FAC-08 "Acta de Reunión"	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	La Cuarta semana de julio - segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 013 del 10 de julio del 2025: Este despacho con base a su planificación orientada a la sensibilización con los temas enfocados a la comunidad universitaria en la cual ha enfatizado Este despacho se encuentra abanderado la no discriminación asegurando que sus procesos sean justos, imparciales y no afecten a ningún individuo por razones de raza, género, origen, etc. Esto se logra a través de la aplicación de políticas de igualdad, la capacitación del personal y la implementación de mecanismos para prevenir y sancionar la discriminación esto se ha impartido a la comunidad universitaria en la charla que este despacho ha participado. Evidencias: Acta 31 de marzo de 2025; Acta 011 25 de junio de 2025	Es efectivo.	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida y es efectiva.
División administrativa de posgrados	Corrupción	Errores en la asignación de los rubros para honorarios, transporte y hospedaje por mal diligenciamiento de los formatos de parte de los directores de los programas.	Detrimento patrimonial, atrasos en los trámites y frustración en los usuarios.	La División Administrativa de Posgrados capacita a los directores sobre el diligenciamiento de formatos para procesos financieros que debe llevar cada programa, a través de video y circulares que les permitan conocer y apropiarse del proceso.	Moderado	La División Administrativa de Posgrados y el profesional de apoyo financiero emitirán una circular para los directores de programa con el fin de recordar la importancia de diligenciar debidamente los formatos, lo que evitará inconvenientes en los procesos administrativos.	Inicio del semestre	Al finalizar el semestre	La División Administrativa de Posgrados capacita a los directores sobre el diligenciamiento de formatos para procesos financieros que debe llevar cada programa, a través de video y circulares que les permitan conocer y apropiarse del proceso. Evidencia: Correo a directores de programa con los formatos financieros con el fin de que recuerden y verifiquen que están usando los adecuados (22 agosto). (Evidencia 6	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Dentro de las evidencias presentadas por el proceso se socializa el formato actual sin embargo se recomienda realizar o dejar evidencia de una capacitación que indique la forma correcta de diligenciar los formatos. Asi mismo, se recomienda establece en el acta de seguimiento si la ejecución de la acción a sido efectiva o si en su defecto el riesgo se ha materializado.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
División administrativa de posgrados	Gestión	Incumplimiento de algunos aspectos establecidos en el Reglamento Académico de Posgrados y demás normatividad que regula los procesos administrativos debido al desconocimiento o no aplicación del mismo para los procesos académico administrativos de los programas.	Pérdida de credibilidad en el proceso académico administrativo de los programas, atrasos en los trámites y frustración en los usuarios.	La División Administrativa de Posgrados recuerda a los directores de programa la importancia de hacer cumplir lo establecido en el Reglamento Académico de Posgrados, así como la normatividad que cobije los procesos administrativos, a través del envío de información periódica con circulares.	Bajo	La División Administrativa de Posgrados realizará circulares y/o imágenes informativas durante el semestre académico, con el fin de recordar lo establecido en la norma y el reglamento, de esta manera, mitigar el incumplimiento de los procesos académico administrativos de los programas de posgrado.	Inicio del semestre	Al finalizar el semestre	La División Administrativa de Posgrados recuerda constantemente a los directores de programa la importancia de hacer cumplir lo establecido en el Reglamento Académico de Posgrados, así como la normatividad que cobije los procesos administrativos, a través del envío de información periódica con circulares y mensajes en los grupos de WhatsApp de la dependencia. Evidencia: Circular N° 008 ADMISIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS 2025_2 (20 de agosto) (Evidencia 1-2-3-4) Pantallazos grupo de WhatsApp. (Evidencia 5)	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Se evidencia la socialización de información parcial. Se recomienda que la información remitida a los docentes y directores sea integral y completa para prevenir la materialización del riesgo. Además, se requiere que en la próxima acta se analice si la ejecución de la acción ha sido efectiva o si el riesgo se ha materializado.
División administrativa de posgrados	Seguridad Digital	Pérdida de información académica y administrativa almacenada digitalmente	Demandas, tutelas, derechos de petición y pérdida del tiempo para dar respuesta a los usuarios.	Archivo físico y digital de los documentos.	bajo	Recomendar realizar una copia de seguridad de toda la información de cada programa para evitar la pérdida de información.	Inicio del semestre	Al finalizar el semestre	Los directores de programa, se encuentran alimentando el ON DRIVE de su programa académico, en este momento solicitamos a los ingenieros liberación de espacio y se encuentra el proceso en ejecución	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecuta conforme a lo establecido; sin embargo, se recomienda utilizar medios alternativos para la copia de seguridad, además de la plataforma Drive, para no depender exclusivamente de una sola fuente de respaldo. Además, se requiere que en la
División administrativa de posgrados	No Discriminación	Incumplimiento en la política de inclusión social que permite el acceso de personas con diferentes necesidades a la formación posgradual.	Demandas, tutelas y derechos de petición sobre el derecho a la igualdad y a la educación.	La División Administrativa de Posgrados compartirá material sobre la importancia de estudiar un posgrado sin importar su condición especial.	Bajo	Elaborar piezas para visualizar la importancia de estudiar un posgrado sin que una condición física, cognitiva o de alguna condición diversa sea una limitante.	Inicio del semestre	Al finalizar el semestre	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida, se recomienda al proceso en el ultimo seguimiento realizar la medición de la efectividad de la acción en la mitigación del riesgo.
Gestión académica	Corrupción	Posibilidad de que se presenten actos de corrupción que afecten la integridad de los archivos institucionales, ya sea mediante la manipulación, alteración o eliminación de información, lo cual puede comprometer la confiabilidad de los registros y procesos	Pérdida de archivos, registros históricos y demás información esencial para los procesos académicos debido a una gestión inadecuada del almacenamiento y respaldo en plataformas como correo electrónico, SharePoint y Drive, ya sea por eliminación accidental, fallos técnicos, falta de organización o ausencia de políticas de resguardar.	Políticas de acceso y permisos establecidos para sistemas de gestión documental. Supervisión periódica del manejo de archivos por parte de auditores internos. Uso de sistemas de almacenamiento en la nube con encriptación y autenticación de usuarios. Implementación de normativas internas sobre gestión documental	Moderado	Implementar auditorías internas regulares para identificar alteraciones en los archivos y garantizar su integridad. Realizar copias de respaldo y almacenarlas en ubicaciones seguras para garantizar la recuperación de datos en caso de pérdida o corrupción. Aplicar el protocolo para la gestión de incidentes relacionados con la manipulación de archivos, incluyendo mecanismos para investigar y sancionar posibles actos de corrupción.	16 de Febrero de 2025	6 de diciembre de 2025	No se realizan copias de seguridad teniendo en cuenta que la información reposa en el aplicativo academusoft sistema institucional que está a cargo de un funcionario de la Vicerrectoría, único funcionario que tiene activo dicho rol. A la fecha no se han identificado alteraciones en la información.	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Según lo reportado en el acta el proceso no requiere realizar las copias de seguridad ya que todo reposa en el sistema, el cual es manejado por una sola persona lo cual mitga el riesgo se recomienda al proceso sin embargo solicitar las auditorias al sistema para verificar que no haya ninguna alteración
Gestión académica	Gestión	Incumplimiento de ciertos aspectos establecidos en los Reglamentos Académicos y demás normativas que regulan los procesos administrativos, debido al desconocimiento o una aplicación inadecuada de los mismos en la gestión	Pérdida de credibilidad en el proceso académico administrativo de lo programas y riesgos legales con los miembros de la comunidad académica.	Humanidades informa a los directores de programa la importancia de hacer cumplir lo establecido en los Reglamentos Académicos de pregrado y posgrados, así como la normatividad que cobije los procesos administrativos, a través del envío de circulares e información prioritaria, capacitación y difusión de la	Bajo	La Decanatura de la Facultad de Artes y Humanidades socializa semestralmente con los directores de programa para recordar la importancia de leer debidamente el Reglamento de posgrados y toda la normatividad que cobije los procesos administrativos para evitar contratiempos en el cumplimiento de los ejes misionales.	16 de Febrero de 2025	6 de diciembre de 2025	La Decanatura realiza circular con la información pertinente a los procesos académicos, enfatizando en la importancia del cumplimiento.	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda para el ultimo seguimiento realizar una verificación que permita medir si la ejecución de la acción ha sido efectiva
Gestión académica	Gestión	Incumplimiento de las actividades planeadas para el adecuado funcionamiento del proceso Gestión Académica	Prestación de servicios académicos que no cumplen con los estándares de calidad y conformidad.	La Facultad de Artes y Humanidades capacita a los directores sobre el diligenciamiento de formatos para procesos financieros que debe llevar cada programa, a través de diferentes medios que les permitan conocer y apropiarse de los procesos	Moderado	La Decanatura de la Facultad de Artes y Humanidades emitirá una circular para los directores de programa con el fin de recordar la importancia de verificar el cumplimiento de las actividades en los procesos académicos.	16 de Febrero de 2025	6 de diciembre de 2025	La Decanatura de la Facultad de Artes y Humanidades emitió una circular para los directores de programa con el fin de recordar la importancia de verificar el cumplimiento de las actividades en los procesos académicos.	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda para el ultimo seguimiento realizar una verificación que permita medir si la ejecución de la acción ha sido efectiva

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2	Fecha:	15 septiembre de 2025
-------------------	--------	-----------------------

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión académica	Seguridad Digital	Pérdida de información almacenada digitalmente	Demandas, tutelas, derechos de petición.	Archivo físico y digital de los documentos.	Moderado	Desde el grupo de mejoramiento de la facultad de artes y humanidades se crean grupos en la herramienta SharePoint, con el fin de resguardar la información derivada del proceso académicos. Se realizará seguimiento bimensualmente por parte del grupo de mejoramiento de la facultad	16 de Febrero de 2025	6 de diciembre de 2025	Se creó el Sharepoint donde reposa toda la información de la facultad	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La accion se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda para el ultimo seguimiento realizar una verificación que permita medir si la ejecución de la acción ha sido efectiva
Gestión Administrativa y Financiera	Gestión	Dificultades a la hora del tramite viáticos	1. Proceso disciplinario y fiscales 2. Hechos cumplidos	el funcionario a cargo de los sistemas de viáticos lleva la trazabilidad a través de correo electrónico de las solicitudes de los viáticos.	Alto	La funcionaria a cargo revisara mediante correo electrónico la solicitudes de viáticos en el cual debe hacer el tramite por el campus IT (Ingresa por transacciones/ Viáticos IG / Viáticos / Solicitar Viáticos), Así mismo el líder del proceso autorizara los viáticos de las partes interesadas , posteriormente se remitirá por correo electrónico la aprobación	segunda semanas de Julio	segunda semanas de Julio	La información reportada no concuerda con los riesgos aprobados por el proceso en el mes enero 2025.	No es posible medir la efectividad ya que la información reportada no corresponde a estos riesgos	El proceso reporta en el seguimiento unos riesgos distintos a los reportados por el SIG
Gestión Administrativa y Financiera	Gestión	Aplicación de descuentos y estímulos a los estudiantes cuando no cumplen requisitos	1.Inconformismo por parte del estudiante 2.Hallazgo en las auditorias realizadas 3. Detrimento	los funcionarios de la oficina de matrícula financiera a través de Auditorias hacen una revisión a los impedimentos del aplicativo antes de re liquidar y los reportan mediante un CATS a Desarrollo Tecnológico sobre las eventualidades presentadas	Moderado	*Los funcionarios a cargo de la matrícula financiera realizan la verificación de requisitos de descuentos para aplicar a la matrícula financiera, mediante el cruce de información. Se envía CAT´S a los ingenieros del CIADTI para realizar los ajustes competentes en caso de que se requiera.	Semestral	Semestral	La información reportada no concuerda con los riesgos aprobados por el proceso en el mes enero 2025.	No es posible medir la efectividad ya que la información reportada no corresponde a estos riesgos	El proceso reporta en el seguimiento unos riesgos distintos a los reportados por el SIG
Gestión Administrativa y Financiera	Corrupción	Mal manejo de la caja menor para beneficio propio o a un tercero	1. Sanciones Disciplinarias 2. Sanciones Fiscale 3. Pérdida de credibilidad afectando la reputación del funcionario y la imagen corporativa	El funcionario a cargo verifica que las facturas y todos los comprobantes de gastos estén debidamente diligenciados de acuerdo con las normas vigentes.	Bajo	*El funcionario a cargo elabora una acta de arqueo de caja menor, con la anotación de los resultados obtenidos y las observaciones y recomendaciones, dicha acta debe ser firmada por el líder del proceso de gestión administrativa y financiera y por el funcionario a cargo de la caja menor	Final de año	Final de año	La información reportada no concuerda con los riesgos aprobados por el proceso en el mes enero 2025.	No es posible medir la efectividad ya que la información reportada no corresponde a estos riesgos	El proceso reporta en el seguimiento unos riesgos distintos a los reportados por el SIG
Gestión Administrativa y Financiera	Seguridad Digital	Pérdida de datos por falta de mantenimiento en equipos y software, contraseñas débiles y acceso a sitios no autorizados	1. Pérdida de información 2. Amenaza informática 3.Suplantación de identidad 4.Demora en la realización de los procesos	Los funcionarios de la Vicerrectoría Administrativa y financiera y líder del proceso mantiene contraseñas en los equipos asignados y cambian contraseñas constantemente suben sus documentos de trabajo e importantes a la Nube , no ingresan a paginas no	Moderado	*El funcionario a cargo y el líder del proceso remitirán la solicitud por correo electrónico al proceso de la oficina del CIADTI para la revisión , actualización y conceptos técnicos de los equipos de computo, contraseñas en los equipo de contudo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera	una vez al año	una vez al año	La información reportada no concuerda con los riesgos aprobados por el proceso en el mes enero 2025.	No es posible medir la efectividad ya que la información reportada no corresponde a estos riesgos	El proceso reporta en el seguimiento unos riesgos distintos a los reportados por el SIG
Gestión Administrativa y Financiera	No Discriminación	Discriminación en la asignación de beneficios y recursos.	1.Denuncias o sanciones	Normativas que establecen directrices para la asignación de recursos	Bajo	El funcionario a cargo realizará la publicación de los criterios para acceder a descuentos de matrícula El funcionario a cargo realizara una auditoría interna del procedimiento para verificar el cumplimiento de los criterios establecidos y socializara mediante un acta esta revisión.	una vez al año	una vez al año	La información reportada no concuerda con los riesgos aprobados por el proceso en el mes enero 2025.	No es posible medir la efectividad ya que la información reportada no corresponde a estos riesgos	El proceso reporta en el seguimiento unos riesgos distintos a los reportados por el SIG

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de bienestar universitario	Corrupción	Asignación indebida de los cupos del servicio de alimentación.	Detrimento del patrimonio institucional Sanciones Disciplinarias y penal Pérdida de credibilidad	El líder del área de promoción socioeconómica realiza verificación de entrada a comedores de las personas admitidas como beneficiarias del servicio de alimentación, así como el uso del servicio de transporte por parte de los estudiantes seleccionados con la finalidad de detectar que no se este dejando ingresar a otras personas y así mismo verificar se este dando uso de los servicios por parte de los estudiantes beneficiarios.	Moderado	El comité de servicio de alimentación realizará acompañamiento al proceso de selección de los beneficiarios de los servicios de alimentación, se deja evidencia mediante Acta de Reunión de los usuarios beneficiarios al servicio de comedor, junto con las listas de admitidos publicadas en el subportal del proceso. En relación al servicio de transporte el líder del área socioeconómica verifica el correcto cumplimiento en la prestación del servicio de transporte, dejando como evidencia las listas de asistencia que son cargadas en el módulo de Bienestar.	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°13 del 15 de agosto del 2025: Se realiza la reunión con el comité del servicio de alimentación para el seguimiento y cierre del mismo, quedando constancia en acta # 11 del 9 de julio de 2025 Evidencia: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_1/recursos/noticias_2025/agosto/25082025/listado_defi_com_pampalona.pdf https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_1/recursos/noticias_2025/febrero/26022025/listado_comedor_villa.pdf Reporte Modulo de bienestar beneficiarios transporte simut	La acción ha sido efectiva	Las acciones se ejecutan tal como estan establecidas
Gestión de bienestar universitario	Gestión	Incumplimiento de las actividades programadas para cada área de bienestar Universitario	1. Bajo cumplimiento en los indicadores de proceso de Bienestar Universitario. 2. Retraso en el avance del plan de Gestión de la Vigencia. 3. Disminución en la satisfacción de las partes interesadas (Estudiantes, Docentes, administrativos, etc.) frente a los servicios recibidos por parte de Bienestar Universitaria	El director de la dependencia se reúne con los líderes de cada área y demás personal de apoyo donde se revisa la ejecución y cumplimiento de las actividades programadas	Moderado	El Director de la dependencia verificará el cargue de los indicadores de cada área al SNIES y en reunión trimestral con los líderes de área se revisarán aquellos indicadores que presenten un porcentaje de cumplimiento bajo en comparación al promedio de ejecución de todos los indicadores y al avance del semestre con la finalidad de establecer acciones de mejora que posibiliten la materialización de las actividades, las cuales quedarán establecidas mediante Acta de Reunión. El líder de promoción Bienestar Virtual realizará actualización del subportal de Bienestar Universitario y manejo constante de las redes sociales para divulgación de información de los servicios de la dependencia, así como establecer claramente los canales de comunicación y atención a las partes interesadas que permita una mejor recepción y participación de las actividades programadas, se dejará constancia en Acta de Reunión trimestral.	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°13 del 15 de agosto del 2025: En el segundo cuatrimestre del año 2025 se han ejecutado las actividades propuestas en el 1er semestre 2025-1. Evidencia: Link del portal web ttps://unipamplonaedu my.sharepoint.com/personal lvisig_unipamplona_edu_co/_layouts/15/onedrive.aspx?ct=175503869 3150&or=OWA%2DNT%2DMail&ga=1&id=%2Fpersonal%2Fsig%5Fu nipamplona%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2F2025%20COMPROMI SOS%2FGESTI%C3%93N%20DE%20BIENESTAR%20UNIVERSITA RIO%2FFAC%2D23%20Planificaci%C3%B3n%2C%20Control%20y%20Seguimiento%20de%20Actividades	La acción ha sido efectiva	Se evidencia el cumplimiento de las acciones planificadas para el primer semestre del 2025 con una ejecución del 100%
Gestión de bienestar universitario	Gestión	Falta de personal idóneo para la atención de la población con condiciones diversas	1. Deserción de conducta discriminativa. 2. Bajo rendimiento académico 3. Sentir discriminación por su condición	El director de la dependencia solicitará las capacitaciones a los líderes y al personal de apoyo en los temas relacionados con la diversidad e inclusión.	Moderado	El director de la dependencia diseñará e implementará talleres y cursos sobre diversidad, inclusión y atención a poblaciones específica. Incluyendo entrenamiento en habilidades blandas, comunicación efectiva y resolución de conflictos. Promover alianzas estratégicas: Colaborar con organizaciones especializadas en diversidad e inclusión para fortalecer en conocimiento del equipo. Fortalecer la cultura organizacional: Implementar campañas internas que refuercen la importancia de la atención inclusiva y el respeto a las diferencias	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°13 del 15 de agosto del 2025: Bienestar Universitario a través del área de desarrollo humano inclusión y diversidad semestralmente planea y ejecuta acciones relacionadas con la inclusión, realizando actividades de sensibilización y psicoeducación por medio de la actividad de senderos de inclusión. Además de brindar acompañamiento a estudiantes en condición de discapacidad a través de intérpretes de señas y personal de apoyo, además realiza articulación con los programas académicos para el establecimiento de acciones que promueva la inclusión. Evidencia: Link del sitio web https://academusoft.unipamplona.edu.co/unipamplona/academusoft/visor/inicioSeguro.jsp	No es posible medir la efectivada de la acción	Las acciones se ejecutan tal como estan establecidas. Se recomienda para el ultimo seguimiento establecer si las acciones ejecutadas fueorn efectivas en la mitigación del riesgo.
Gestión de bienestar universitario	Seguridad Digital	Manipulación y adulteración de información sensible (historias clínicas) o de roles en el aplicativo.	1. Acceso a información privada de la comunidad universitario. 2. Adulteración de rol en el aplicativo desencadenando errores en la información generada.	El líder del proceso solicita al CIADTI la realización de copias		Una vez por vigencia, el líder del proceso solicita mediante correo electrónico al CIADTI, copia de seguridad del aplicativo de historias clínicas.	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°13 del 15 de agosto del 2025: la segunda acción preventiva se ha realizado con el acompañamiento del CIADTI, con la solicitud por medio de CAT	La acción a la fecha no ha sido efectiva.	La acción se ha ejecutado sin embargo no se ha recibido información por parte del ciadti. Se recomienda realizarle seguimiento al cumplimiento de la acción.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de bienestar universitario	Seguridad Digital	Manipulación y adulteración de información sensible (historias clínicas) o de roles en el aplicativo.	1. Acceso a información privada de la comunidad universitario. 2. Adulteración de rol en el aplicativo desencadenando errores en la información generada.	de seguridad del aplicativo de historias clínicas, adicional se solicita por medio de CAT semestralmente asignación de rol, usuario y contraseña para el personal vinculado al proceso.	Bajo	El funcionario encargado solicita semestralmente o de acuerdo a la necesidad del proceso la asignación de roles, usuarios y contraseñas para el personal vinculado al proceso.	Semestral	Semestral	apertura de roles y actividades. Evidencia: CAT solicitados al CIADTI 90-43001, 90-42274, 90-42090, 90-42067, 90-42034, 90-42033, 90-42016, 90-41807, 90-43011, 90-43001, 90-42540, 90-42249, 90-42171, 90-42139, 90-42067, 90-41927.	La acción ha sido efectiva	Según las evidencias presentadas por el proceso, la acción se ejecutó tal como esta establecida.
Gestión de bienestar universitario	No Discriminación	Insuficiente sensibilización y formación sobre no discriminación e inclusión universal, desconocimiento y/o aplicación inadecuada de los protocolos de atención	1. Persistencia de prejuicios y estereotipos entre los miembros de la organización. 2. Ambiente laboral o académico que no fomenta la inclusión, lo que afecta el bienestar de las personas. 3. Incremento de conflictos internos relacionados con actitudes discriminatorias. 4. Atención deficiente o inadecuada a las personas afectadas. 5. Incremento de la insatisfacción y desconfianza hacia la institución. 6. Riesgo de sanciones legales por incumplimiento de normativas relacionadas con la atención a casos de discriminación	El director de la dependencia solicitará las capacitaciones a los líderes y al personal de apoyo en los temas relacionados con la diversidad e inclusión y no discriminación.	Moderado	El director de la dependencia junto al equipo de trabajo, socializará la ruta mediante protocolos de atención a través de reuniones, materiales visuales y plataformas digitales. Implementar seguimientos regulares para evaluar el cumplimiento de los protocolos de atención. Reforzar mecanismos de denuncia: Crear o mejorar canales confidenciales y accesibles para reportar los casos de discriminación o incumplimiento de protocolos	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°13 del 15 de agosto del 2025: Bienestar Universitario a través del área de desarrollo humano inclusión y diversidad semestralmente planea y ejecuta acciones relacionadas con la inclusión, realizando actividades de sensibilización y psicoeducación por medio de la actividad de senderos de inclusión. Además de brindar acompañamiento a estudiantes en condición de discapacidad a través de intérpretes de señas y personal de apoyo, además realiza articulación con los programas académicos para el establecimiento de acciones que promueva la inclusión. Evidencia: Link web https://academusoft.unipamplona.edu.co/unipamplona/academusoft/visor/inicioSeguro.jsp	La acción ha sido efectiva	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida , sin embargo se hace necesario evaluar el cumplimiento de los protocolos de no discriminación para verificar la efectividad de la socialización a la comunidad universitaria.
Gestión de bienestar universitario	No Discriminación	Inexistencia o ineficiencia de canales para reportar discriminación o desarticulación en la atención a situaciones de discriminación	1. Subregistro de casos de discriminación e inequidad. 2. Repetición de conductas discriminatorias por falta de consecuencias. 3. Impacto negativo en la salud mental y emocional de las víctimas. 4. Soluciones fragmentadas o ineficaces. 5. Mayor tiempo de resolución, lo que afecta la confianza de las personas. 6. Pérdida de la credibilidad de la Universidad como Institución inclusiva.	El director de la dependencia solicitará a la oficina de atención al ciudadano las posibles PQRSD y la medición de la satisfacción al cliente, de los casos presentados en discriminación y no inclusión.	Moderado	El director de la dependencia junto al equipo de trabajo, socializará la ruta mediante protocolos de atención a través de reuniones, materiales visuales y plataformas digitales. Reforzar mecanismos de denuncia: Crear o mejorar canales confidenciales y accesibles para reportar los casos de discriminación o incumplimiento de protocolos	Semestral	Semestral	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: Se realizó verificación de la adjudicación de los contratos conforme al concepto técnico emitido por el posible supervisor o la persona idónea designada y se socializo mediante reunión de grupo de mejoramiento N° 005 del 09 de abril del 2025 y N°008 del 04 de julio del 2025. De esta manera se asegura la transparencia del proceso. Evidencias: Acta N° 005 del 09 de abril de 2025 y Acta N° 008 del 04 de julio del 2025.	La acción ha sido efectiva	Según la información reportada por el proceso la acción se ha ejecutada como esta establecida.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de contratación	Corrupción	Favorecimiento para la adjudicación de un proponente	Denuncias y posible apertura de investigaciones por parte de los organismos de control. Deterioro de la imagen institucional	Los/las supervisores(as) revisan de manera continua el proceso asignado para garantizar la transparencia y una vez revisado dan el visto bueno para dar continuidad a la etapa correspondiente. La Oficina de Contratación tiene establecido en su procedimiento PCT-02 Adquisición de Bienes y/o Servicios que aparte de la cotización que presenta el solicitante con el requerimiento, se hace proceso de invitación a otros proponentes, cuya actividad económica permita suministrar el bien y/o servicio requerido, garantizando de esta manera un proceso de transparencia mediante la evaluación de las diferentes propuestas presentadas. Así mismo, los procesos que superen determinada cuantía son llevados a junta asesora de contratos antes de la adjudicación	Moderado	Conforme a lo establecido en el procedimiento PCT-02 Adquisición de Bienes y/o Servicios, una vez son recibidas las propuestas de los invitados a cotizar, se remite mediante correo electrónico solicitud de concepto técnico al supervisor para dar continuidad con la evaluación y los trámites siguientes. Se realizara de manera trimestral la verificación de la adjudicación de los contratos conforme al concepto técnico emitido por el posible supervisor o la persona idónea designada, y se socializará en reunión de grupo de mejoramiento para asegurar la transparencia de los procesos.	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: Se realizó verificación de la adjudicación de los contratos conforme al concepto técnico emitido por el posible supervisor o la persona idónea designada y se socializo mediante reunión de grupo de mejoramiento N° 005 del 09 de abril del 2025 y N°008 del 04 de julio del 2025. De esta manera se asegura la transparencia del proceso. Evidencias: Acta N° 005 del 09 de abril de 2025 y Acta N° 008 del 04 de julio del 2025.	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	La acción se ejecuta de forma continua y es efectiva al detener el trámite (control preventivo) cuando se asegura el cumplimiento legal antes de la celebración del contrato. Recomendación: Mantener la periodicidad del control.
Gestión de contratación	Corrupción	Celebración de contratos sin el cumplimiento de los requisitos legales (celebración indebida de contratos; interés indebido en la celebración de contratos).	Sancciones disciplinarias, penales, fiscales	La oficina de Contratación cuenta con el personal de apoyo asignado para la revisión previa de los requisitos legales de los contratos y el cumplimiento de la documentación necesaria establecida en los procedimientos, posteriormente el jefe de la oficina de contratación valida y autoriza a través de visto bueno el cumplimiento de los mismos. Se realiza evaluación de la contratación por parte de la oficina de Control Interno, así como la	Moderado	El jefe de la oficina de contratación, funcionarios y contratistas de la oficina realizan la revisión de la pertinencia, veracidad y completitud de cada uno de los requisitos legales en las plataformas pertinentes (procuraduría, contraloría, policía y demás), informando de manera escrita las inconsistencias detectadas a cada uno de las partes interesadas, dejando evidencia mediante los correos electrónicos remitidos con las respectivas observaciones.	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025:El personal de apoyo ha realizado la revisión de la pertinencia, veracidad y completitud de cada uno de los requisitos legales de los procesos que se adelantan desde la Oficina de Contratación, aclarando que, si en esta revisión se detecta alguna inconsistencia, esta es notificada mediante correo institucional y no se procede con el trámite de contratación hasta tanto no sea subsanada. Evidencias: Correos con observaciones (VER ANEXO 7)	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	La acción se ejecuta de forma continua y es efectiva al detener el trámite (control preventivo) cuando se detectan inconsistencias. Esto asegura el cumplimiento legal antes de la celebración del contrato. Recomendación: Mantener la periodicidad del control.
Gestión de contratación	Corrupción	Estudios previos manipulados por personal interesado en el proceso de contratación. (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular)	Denuncias y posible apertura de investigaciones por parte de los organismos de control.	La oficina de Contratación cuenta con procedimientos documentados en el sistema integrado de gestión donde se establecen los pasos para la contratación de ordenes de prestación de servicio y adquisición de bienes y/o servicios, desde la autorización, revisión de estudios previos, recepción y verificación de los requisitos; elaboración y legalización del mismo hasta la relación de pago por servicios prestados. De igual manera, la oficina de contratación cuenta con dos personas asignadas para la revisión y análisis de los documentos de OPS remitidos por el solicitante cada vez que se alleguen a nuestra dependencia respaldados por el visto bueno. Así como, una persona asignada exclusivamente para la revisión de los requerimientos de bienes y/o servicios.	Moderado	La técnica administrativa y el personal de apoyo verifican las actividades y el perfil a contratar que se encuentren avalados por la dependencia solicitante, mediante la revisión de los formatos FCT-01 Estudio de Conveniencia y Oportunidad Contratación Directa y FCT-17 Acta de Estudio de Idoneidad y Experiencia, así como la hoja de vida del contratista. Lo anterior con la finalidad de comprobar la idoneidad de la persona frente a las actividades y al perfil requerido. De igual manera, la auxiliar administrativa revisa y verifica el formato FCT-05 Estudio de conveniencia y oportunidad de bienes y/o servicios, identificando la correcta justificación de la necesidad, que bien o servicio se requiere, y como contribuye este a los fines institucionales. NOTA: Se aclara que esta revisión se realiza cada vez que se va a realizar un nuevo proceso de contratación	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: El personal de apoyo ha realizado la verificación de las actividades y del perfil a contratar que se encuentren avalados por la dependencia solicitante, mediante la revisión de los formatos FCT-01 Estudio de Conveniencia y Oportunidad Contratación Directa y FCT-17 Acta de Estudio de Idoneidad y Experiencia, así como de la hoja de vida del contratista. Cabe destacar que, si la documentación allegada del contratista no cumple con el perfil definido en el FCT-17 Acta de Estudio de Idoneidad y Experiencia, se notifica a la dependencia solicitante mediante correo electrónico y no se procede con la contratación hasta tanto no se haga la revisión pertinente por parte de la misma. Así mismo, si en la revisión del FCT-05 Estudio de Conveniencia y Oportunidad de bienes y/o servicios se detectan inconsistencias o puntos que no sean claros, se notifica a la dependencia solicitante mediante correo electrónico y no se procede a dar visto bueno hasta tanto no se realice la revisión correspondiente. Como evidencia de la presente actividad, también se pueden revisar cada uno de los expedientes contractuales publicados en las plataformas de SIA OBSERVA y SECOP II, donde se evidencia que los contratistas son idóneos para ejecutar las actividades descritas en los estudios previos. EVIDENCIAS: Correos remitidos con observaciones en el FCT-05 Estudio de Conveniencia y Oportunidad de bienes y/o servicios (ver Anexo 8), correos remitidos con observaciones en la contratación de	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	La acción se ejecuta de manera continua y es un control preventivo sólido. La notificación y detención del trámite hasta la subsanación mitiga el riesgo de manipulación en los estudios previos y garantiza la idoneidad del contratista. Recomendación: Mantener la rigurosidad en esta revisión

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de contratación	Corrupción	Falsificación en soportes de trámites de cuentas de cobro o anticipos presentados por contratistas o proveedores	Hallazgo disciplinario y/o administrativo. Afectación al recaudo del sistema de seguridad social. Trámites administrativos adicionales	Los funcionarios y contratistas responsables del trámite de cuentas de cobro orientan a los supervisores de los contratos a través del apoyo en las capacitaciones lideradas por la oficina de Control Interno de Gestión y asesoría personalizada frente a las inquietudes presentadas para el trámite de cuentas de cobro y anticipos. Por otro lado, la dependencia cuenta con una guía de supervisión donde se especifican las obligaciones que tienen los supervisores de los contratos conforme a la norma, la cual es remitida mediante correo electrónico al momento de realizar la designación de supervisor.	Moderado	El jefe de la Oficina de Contratación emitirá circular informativa semestralmente por parte de la dependencia dirigida a los supervisores de contrato, directores de oficina, ordenadores del gasto donde se les recuerden e informen sus obligaciones de supervisores.	Última semana de febrero Última semana de agosto	Última semana de febrero Última semana de agosto	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: La circular informativa del primer semestre, dirigida a los supervisores de contrato, directores de oficina y ordenadores del gasto, en la cual se les recuerdan e informan sus obligaciones de supervisores, fue remitida en conjunto con la Oficina de Control Interno de Gestión a la Oficina de Comunicación y Prensa para su difusión mediante el correo de anuncios, como se puede observar en los anexos del primer seguimiento. La circular del segundo semestre no se ha remitido, dado que está proyectada para la última semana de agosto.	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción de sensibilización fue ejecutada según lo planeado, lo que fortalece el conocimiento de los supervisores y contribuye a la mitigación del riesgo. Recomendación: En el cierre anual, comparar la ejecución de la circular con la reducción de hallazgos de falsificación para medir la efectividad del impacto
Gestión de contratación	Corrupción	Falsificación en soportes de trámites de cuentas de cobro o anticipos presentados por contratistas o proveedores	Hallazgo disciplinario y/o administrativo. Afectación al recaudo del sistema de seguridad social. Trámites administrativos adicionales			Se remitirán píldoras mensuales por medio de correo electrónico a los supervisores recordando las responsabilidades adquiridas acorde a la Guía de Supervisión.	Última semana de enero - Última semana de febrero Última semana de marzo - Última semana de abril Última semana de mayo - Última semana de junio Última semana de julio - Última semana de agosto Última semana de septiembre - Última semana de octubre Última semana de noviembre - Última semana de diciembre	Última semana de enero - Última semana de febrero Última semana de marzo - Última semana de abril Última semana de mayo - Última semana de junio Última semana de julio - Última semana de agosto Última semana de septiembre - Última semana de octubre Última semana de noviembre - Última semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: A la fecha se han remitido siete píldoras con información relevante sobre las funciones de los supervisores, basadas en el GCT-01 v.01 "Guía para la Supervisión e Interventoría" y la G-EFSICE-01 "Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado" de Colombia Compra Eficiente, las cuales fueron difundidas mediante el correo de anuncios que administra la Oficina de Comunicación y Prensa. EVIDENCIA: Píldora 4 (ver Anexo 11), Píldora 5 (ver Anexo 12), Píldora 6 (ver Anexo 13) y Píldora 7 (ver Anexo 14).	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción de sensibilización fue ejecutada según lo planeado, lo que fortalece el conocimiento de los supervisores y contribuye a la mitigación del riesgo. Recomendación: En el cierre anual, comparar la ejecución de la circular con la reducción de hallazgos de falsificación para medir la efectividad del impacto
Gestión de contratación	Corrupción	Falsificación en soportes de trámites de cuentas de cobro o anticipos presentados por contratistas o proveedores	Hallazgo disciplinario y/o administrativo. Afectación al recaudo del sistema de seguridad social. Trámites administrativos adicionales			El sistema envía quince días antes de la terminación de cada contrato mediante correo electrónico una alerta informando el vencimiento del contrato y recordando el trámite de la cuenta de cobro y los soportes que deben presentar.	Primera semana de agosto última semana de diciembre	Primera semana de agosto última semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: A la fecha se han remitido varios correos de alerta sobre contratos con fecha de terminación próxima, adjuntándose algunos de los ya enviados. EVIDENCIAS: Correos notificando finalización de contrato (VER ANEXO 15)	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida, sin embargo se recomienda en el ultimo seguimiento realizar la medición de la efectividad de la acción
Gestión de contratación	Gestión	Registros extemporáneos en los sistemas de información de los entes de control (SECOP y SIA OBSERVA)	Hallazgos por parte de los entes de control. Sanciones disciplinarias, sanciones penales y sanciones fiscales			Los profesionales encargados de realizar el cargue de la documentación llevaran el control de los soportes publicados de cada contrato en archivo Excel, con la finalidad de garantizar que cada expediente contractual cuente con todos los documentos respectivos de las etapas del proceso. De igual manera, se realizará revisión de manera trimestral en grupo de mejoramiento con el propósito de verificar la eficacia de la acción implementada, dejándose evidencia mediante acta de grupo de mejoramiento.	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: A la fecha se está alimentando el formato de control de publicación de los contratos en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II; así mismo, se realizó revisión del consolidado para el primer trimestre mediante Acta N° 005 del 09 de abril de 2025, relacionando la cantidad de documentos faltantes, y para el segundo trimestre mediante Acta N° 008 del 04 de julio de 2025, además de la revisión efectuada mediante la presente acta. Por otro lado, se han remitido los memorandos N° 014 del 11 de marzo de 2025 y N° 045 del 20 de mayo de 2025, solicitando a las dependencias el envío de los documentos faltantes para su publicación, con el fin de que se cuente con la totalidad de los documentos en el expediente que se carga tanto en las plataformas como en el archivo propio de la oficina. Evidencia: Formato de Control de Publicación (ver Anexo 1), Acta N° 005 del 09 de abril de 2025 (ver Anexo 2), Acta N° 008 del 04 de julio de 2025 (ver Anexo 3), Acta N° 009 del 14 de agosto de 2025.	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida, sin embargo no se evidencia en métrica si la acción ha sido efectiva. Se recomienda realizar su medición en el ultimo seguimiento.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de contratación	Gestión	Registros extemporáneos en los sistemas de información de los entes de control (SECOP y SIA OBSERVA)	Hallazgos por parte de los entes de control. Sanciones disciplinarias, sanciones penales y sanciones fiscales	La oficina cuenta con Talento humano encargado de publicar oportunamente los contratos ante las plataforma de los entes de control (SIA OBSERVA Y SECOP)	Moderado	De igual manera, se realizará seguimiento al indicador SIA-SECOP de manera trimestral acorde a la ficha técnica HAC-12, en caso de que el resultado sea negativo se elaborará el plan de acción correctivas correspondiente.	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Segunda semana de abril Segunda semana de julio segunda semana de octubre segunda semana de enero del 2026	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: Se realizó seguimiento al indicador SIA-SECOP mediante el Acta de Grupo de Mejoramiento N° 005 del 09 de abril de 2025 y el Acta N° 008 del 04 de julio de 2025, en las cuales se evidenció el cumplimiento del 100% en la publicación de la información en los sistemas de los entes de control. Evidencia: HAC-12 Ficha Técnica de Indicadores (ver Anexo 5) y Actas correspondientes (ver Anexos 2 y 3).	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó y el resultado del seguimiento trimestral al indicador fue del 100%, lo que demuestra la efectividad operacional del control y la mitigación del riesgo de registros extemporáneos. Recomendación: Mantener la periodicidad de la medición y asegurar que el Plan de Acción se ejecute si el indicador cae
Gestión de contratación	Gestión	Registros extemporáneos en los sistemas de información de los entes de control (SECOP y SIA OBSERVA)	Hallazgos por parte de los entes de control. Sanciones disciplinarias, sanciones penales y sanciones fiscales			Por otro lado, se remite memorando de manera mensual recordando el envió a tiempo de la documentación a la oficina de contratación para su publicación antes las plataformas de los entes de control	Última semana de enero - Última semana de febrero - Última semana de marzo - Última semana de abril - Última semana de mayo - Última semana de junio - Última semana de julio - Última semana de agosto - Última semana de septiembre - Última semana de octubre - Última semana de noviembre - Última	Última semana de enero - Última semana de febrero - Última semana de marzo - Última semana de abril - Última semana de mayo - Última semana de junio - Última semana de julio - Última semana de agosto - Última semana de septiembre - Última semana de octubre - Última semana de noviembre - Última		La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida, sin embargo no se evidencia en métrica si la acción ha sido efectiva. Recomendación: realizar su medición en el ultimo seguimiento.
Gestión de contratación	Seguridad Digital	Acceso por parte de terceros a las plataformas institucionales y de los entes de control con la finalidad de realizar cambios en la información publicada o utilizarlos para beneficio propio (datos sensibles, públicos y privados)	Perdida de la información de los diferentes proceso contractuales. Sanciones disciplinarias, sanciones penales y sanciones fiscales.	El jefe de la oficina de Contratación realiza la solicitud de cambio de acceso a la plataforma del SIA OBSERVA a la oficina de control interno cuando el contratista o funcionario que tenga acceso al usuario se desvincule de la oficina. El jefe de la oficina de Contratación, en el caso de la plataforma del SECOP II autoriza la solicitud para crear, modificar o inactivar usuario. De igual manera, cuando algún contratista o funcionario se desvincula de la oficina se realiza el cambio de las claves de acceso a los correos institucionales que se manejan en la dependencia y mediante CAT se solicita al CIADTI la eliminación de las funcionalidades del sistema GESTASOFT.	Bajo	El jefe de la Oficina de Contratación realiza la solicitud de cambio de acceso a la plataforma del SIA OBSERVA mediante correo electrónico a la Oficina de Control Interno de Gestión cuando el contratista o funcionario que tenga acceso al usuario se desvincule de la oficina. El jefe de la oficina de Contratación, en el caso de la plataforma del SECOP II autoriza la solicitud para crear, modificar o inactivar usuario y se deja en acta de grupo de mejoramiento la evidencia. El jefe de la oficina de Contratación o su personal de apoyo solicita a la oficina del CIADTI mediante CAT la asignación de funcionalidades de GESTASOFT a los contratistas o funcionarios que se vinculen a la oficina. De igual manera, el jefe de la Oficina de contratación autoriza el cambio de las claves de acceso a los correos institucionales que se manejan en la dependencia cuando algún contratista o funcionario se desvincula de la oficina y se deja en acta de grupo de mejoramiento. NOTA: Se aclara que esta acción esta sujeta a la rotación del talento humano que se presente en la oficina y la misma se ejecutará solo cuando se desvincule o vincule una nueva persona a la oficina.	Primera semana de agosto última semana de diciembre	Primera semana de agosto última semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: Durante el segundo cuatrimestre se realizó el cambio del Jefe de la Oficina de Contratación, por lo cual fue necesario solicitar a la mesa de apoyo del SECOP II la modificación del administrador; así mismo, se solicitó la eliminación de las funcionalidades de CONTRATACIÓN IG al jefe Edwin Darío Mantilla Gómez y su asignación al nuevo jefe, el Dr. José Alejandro Plata Castilla. Evidencia: Cambio de administrador en el SECOP II y creación de usuario (ver Anexo 16), así como CAT con solicitud de asignación y/o eliminación de funcionalidades (ver Anexo 17).	Es efectivo	El protocolo de cambio de accesos está activo y funciona cuando hay rotación, mitigando el riesgo de acceso no autorizado. Recomendación: Mantener la ejecución inmediata del protocolo cada vez que sea necesario para mantener el riesgo controlado.
Gestión de contratación	Seguridad Digital	Perdida de la información de la oficina (archivo)	Perdida de la información de la oficina en custodia de archivo de gestión.	La profesional responsable del archivo de la Oficina de Contratación solicita al equipo técnico de Recursos Físicos revisión del equipo de computo con la finalidad de verificar que el ordenador se encuentre en óptimas condiciones y no presente ningún tipo de malware	Bajo	La profesional responsable del archivo de la Oficina de Contratación realizará copias de seguridad (backup) anualmente, con la finalidad de contar con respaldos de la información, dejando evidencia en acta de grupo de mejoramiento. De igual manera se debe destacar que los documentos soportes de los procesos contractuales se encuentran cargados en los sistemas de los entes de control (SIA OBSERVA y SECOP) brindando un soporte adicional para salvaguardar la información.	última semana de enero última semana de diciembre	última semana de enero última semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: A la fecha no se ha realizado copia de seguridad (backup) del archivo, dado que esta se encuentra establecida de manera anual; sin embargo, fue solicitada copia de los correos contratos@unipamplona.edu.co y contratacion.juridica@unipamplona.edu.co debido a que alcanzaron el límite de almacenamiento. EVIDENCIA: Solicitud de copia de los correos (ver Anexo 18).	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción principal (Backup anual del archivo) está pendiente de ejecución según su cronograma. Riesgo Crítico: El riesgo de pérdida de información se mantiene ALTO hasta que se ejecute este control. La acción de copia de correos es un control parcial, pero no el principal. Recomendación: Asegurar la ejecución del Backup anual del servidor y archivo en la fecha establecida, ya que es la principal barrera de mitigación del riesgo de pérdida de información.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de contratación	No Discriminación	Insuficiente sensibilización y formación sobre no discriminación e inclusión universal	Atención deficiente o inadecuada a las personas afectadas. Incremento en la insatisfacción y desconfianza hacia la institución. Riesgo de sanciones legales por incumplimiento de normativas relacionadas con la atención a casos de discriminación. Persistencia de prejuicios y estereotipos entre los miembros de la organización. Ambiente laboral que no fomenta la inclusión, lo que afecta el bienestar de las personas. Incremento de conflictos internos relacionados con actitudes discriminatorias.	El jefe, funcionarios y contratistas de la oficina siempre están prestos a atender de la mejor manera a las personas que requieren información	Moderado	Solicitar a la oficina competente capacitación en lenguaje inclusivo	Primera semana de julio	Primera semana de julio	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°009 del 14 de agosto del 2025: Se remitió solicitud de capacitación en lenguaje inclusivo a la Oficina de Bienestar Universitario mediante correo institucional, pero a la fecha no se ha obtenido respuesta.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute completamente..	El control (solicitud de capacitación) fue ejecutado por la Oficina de Contratación, pero la efectividad está sujeta a la respuesta de la Oficina competente. Recomendación: Requerir nuevamente a la Oficina competente la ejecución de la capacitación e incluir la evidencia de este nuevo requerimiento en el próximo seguimiento.
Gestión de la investigación	Corrupción	Plagio en las producciones académicas e investigativas (libros)	1. Generación de información inconsistente. 2. Posibles procesos jurídicos por violación de derechos de autor.	El líder del proceso y el funcionario a cargo del Comité Editorial, revisa el material o producción bibliográfica cada vez que llega el producto, a través de la plataforma Turnitin. Allí se verifica la originalidad del mismo y el nivel de plagio o coincidencia que puede tener con otras obras ya existentes.	Bajo	El jefe de la oficina de vicerrectoría de investigaciones y el funcionario a cargo del Comité Editorial para la vigencia 2025, mediante acta de reunión, realiza la aprobación o rechazo de la obra para iniciar con el proceso editorial. A los autores de la obra se les comunicará la decisión mediante correo electrónico institucional. Esta actividad se realizará cada vez que allegue una solicitud para la publicación de un libro.	Primera semana de febrero	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025: El funcionario líder del comité editorial informa a través de correo electrónico que no se genero avance para este periodo teniendo en cuenta que la convocatoria para la publicación de libros esta programada dos veces al año una en el mes de abril y la otra en el mes de octubre. Se adjunta respuesta de correo electrónico del informe. Evidencia: Respuesta enviada mediante correo electrónico del día 12/08/2025 (VER ANEXO 1)	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Según la información presentada por el proceso a la fecha no se han presentado obras para su evaluación. Mantener la política de no publicar obras sin la aprobación previa del comité, aun si no hay casos en este periodo.
Gestión de la investigación	Gestión	Pérdida de documentos del archivo documental físico.	1. Ausencia de personal capacitado para el manejo del archivo. 2. Acceso de la información a terceros.	1. El líder del proceso asignara (actividad) a un funcionario de la oficina para el manejo, la revisión, contra de la gestión documental de la dependencia.	Bajo	1. El jefe de la oficina de vicerrectoría de investigaciones y el técnico administrativo de apoyo, solicitará por correo electrónico institucional la capacitación requerida al líder de gestión documental (archivo central) para el manejo del archivo físico existente en la Vicerrectoría de Investigaciones para la vigencia 2025.	Primera semana de febrero	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025: Se acordó con el funcionario de archivo central la reunión y esta se realizó, según acta 005 del 30 de mayo del 2025, donde el funcionario explica en sala de juntas la forma de cómo se debe organizar el archivo según la norma del archivo general de la nación igualmente se adjunta evidencias en el adelanto de la organización del archivo físico por para de los sub procesos de la vicerrectoría en el anexo 2 y el acta. Evidencia: Se adjunta acta de reunión y evidencias fotográficas (VER ANEXO 2)	El indicador clave de control es efectivo, al finalizar el levantamiento del inventario documental se medirá el indicador clave de riesgo.	Según la información presentada por el proceso la acción se ejecutó tal como esta establecida, se estpa adelantando la actualización de las TRD y se está levantando el inventario documental

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de la investigación	Gestión	Pérdida y categorización de grupos de investigación.	1. Pérdida de la gestión del conocimiento del grupo de investigación, del director desvinculado. 2. Pérdida de la categoría en Min ciencias del Grupo de Investigación. 3. Bajo rendimiento en los indicadores nacionales e internacionales (Usapiens, Art sapiens, acreditación, entre otros.)	1. El funcionario a cargo realiza reunión con cada grupo de investigación para comprobar su productividad y posible categoría en la Convocatoria de Min ciencias, para la vigencia 2025.	Bajo	1- Los funcionarios a cargo remitirán informe de los ajustes que los docentes deben realizar en los aplicativos con el fin de verificar el cargue correcto de los productos al CVLAC Y GRUPLAC. 2- Los funcionarios a cargo realizaran reuniones dejando como evidencia listas de asistencia de la participación con el fin de verificar el cargue correcto de los productos al CVLAC Y GRUPLAC. 3- los funcionarios a cargo realizaran capacitaciones en diferentes temas tales como redes académicas, CVLAC, GRUPLAC ,entre otras; dejando como evidencia listas de asistencia. 4- Los funcionarios a cargo realizaran asesorías a los docentes investigadores y directores de grupos de investigación dejando como evidencia listas de asistencia. 5- Los funcionarios a cargo realizaranseguimiento a los grupos de investigación que en las ultimas mediciones no han obtenido categorización con el fin de verificar y tomar acciones sobre su continuidad Estas reuniones se realizan de acuerdo con la Convocatoria de Medición de grupos e investigadores, realizada por Min ciencias cada 2 años.	Primera semana de febrero	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025: El funcionario líder de la categorización de los grupos de investigación informa a través de correo electrónico que no se generó avance para este periodo teniendo en cuenta que la convocatoria de medición de grupos e investigadores se realiza cada dos años, siendo la última cerrada el año pasado (Convocatoria No 957 Min ciencias). se espera que a partir del 2 de septiembre los docentes retornen a las asesorías relacionadas con los aplicativos CvLAC y GrupLAC, en el marco de la publicación de los resultados preliminares, momento en el cual muchos se acercan a la oficina para presentar recursos de reposición. Evidencia: Se adjunta Respuesta enviada mediante correo electrónico del día 13/08/2025 (VER ANEXO 3)	La efectividad se medira en el último seguimiento	Según la información presentada por el proceso no se realizaron las actividades propuestas, se recomienda ejecutar las acciones propuesta para que al momento de presenarse en las convocatorias los docentes ya cuenten con los conocimientos necesarios para obtener y mantener las categorizaciones
Gestión de la investigación	No Discriminación	Ausencia de infraestructura inclusiva y accesible.	1- Exclusión de personas con discapacidad física, visual o auditiva. 2- Riesgo de sanciones legales por incumplimiento de normativas de accesibilidad. 3- Percepción negativa de la institución como excluyente.	El líder del proceso hará el reporte ante la oficina de planeación sobre las falencias de infraestructura para personal con discapacidad y publico en general, para la vigencia 2025.	Bajo	El líder del proceso y el técnico administrativo, solicitaran a la oficina de planeación la señalización adecuada y la revisión de la infraestructura, para un adecuado acceso y un sistema pertinente a personas con discapacidades.	Primera semana de febrero	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025: Se elaboró la solicitud correspondiente a través de correo electrónico para cambio de luminarias en la oficina y arreglo de persianas, igualmente se solicitó la dotación de sillas ergonómicas para el personal que labora en la vicerrectoría; Se envió solicitud a la oficina de planeación para la señalización para personas con problemas de discapacidad visual, física en extremidades entre otras teniendo en cuenta la no discriminación por parte de la vice rectoría de investigaciones. Evidencia: Solicitud enviada Correo electrónico 24 de julio de 2025 correo electrónico de fecha 08 de julio de 2025. correo electrónico de fecha 13 de agosto de 2025 (VER ANEXO 4)	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Según la información presentada la acción se ejecutó sin embargo no se ha recibido respuesta por parte de la oficina de planeación
Gestión de la investigación	Seguridad digital	Pérdida de documentos del archivo digital	1. Pérdida de la información documental digital. 2. Alteración de la información. 3. Dificultad en el desarrollo de las actividades que realiza cada funcionario. 4. Acceso de la información a terceros.			1. El jefe de la oficina de vicerrectoria de investigaciones y el tecnico administrativo de apoyo, solicitaran la revisión de los equipos al personal de la oficina de recursos fisicos específicamente a los ingenieros de sistemas, para que se emita concepto tecnico del estado de los equipos.	Primera semana de abril	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025: Se elaboró la solicitud a través de correo electrónico para la revisión de equipos tecnológicos en la liberación de espacio en las memorias de cada uno. Evidencia: Solicitud enviada mediante correo electrónico del día 9 de julio del 2025 y solicitud correo electrónico de fecha 11de agosto de 2025 (VER ANEXO 3)	La acción ha sido efectiva	La acción se ejecutó tal como está establecida.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de la investigación	Seguridad digital	Pérdida de documentos del archivo digital	1. Pérdida de la información documental digital. 2. Alteración de la información. 3. Dificultad en el desarrollo de las actividades que realiza cada funcionario. 4. Acceso de la información a terceros.			2.El jefe de la oficina de vicerectoria de investigaciones y el tecnico administrativo de apoyo, en reunion de grupo de mejoramiento se determina que se continua el control para la vigencia 2025, para crear el repositorio del archivo digital, con el apoyo de estudiantes que realicen trabajo social en la dependencia	Primera semana de abril	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°012 del 14 de agosto del 2025. Se elaboro y envió solicitud a la dirección del CIADTI para asignación de un espacio en la nube para salvaguardar información generada por los diferentes procedimientos de la oficina ya que es muy pesada (prensa con videos, proyectos a través de cada convocatoria entre otros). Evidencia: Solicitud enviada mediante correo electrónico del día 9 de julio del 2025 y solicitud correo electrónico de fecha 11de agosto de 2025 (VER ANEXO 3)	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Se realizó una actividad adicional antes de ejecutar la acción establecida,
Gestión de laboratorios	Corrupción	Pérdida de materiales, reactivos y equipos del laboratorio por préstamo, mal uso o hurto.	1. Deficiencia en la prestación del servicio. 2. Detrimento del patrimonio institucional.	El líder del proceso y el grupo de mejoramiento solicita a los auxiliares de laboratorio, informes mensuales sobre las observaciones registradas en los formatos FLA-07, FLA-08 FLA-09: A demás se determina la entrega de información trimestral, de prestación del Servicio de Laboratorio basados en los formatos: FLA-08 Seguimiento y Evaluación del Servicio - FLA-07 Prácticas Extras, FLA-38 Solicitud, Entrega y Evaluación del Servicio en Salas TIC y Laboratorio de Informática, y aplicará el formato FLA-08 "Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio"; y aplicará el Formato FLA-06 "Deudas" al terminar cada práctica; De la misma manera diligenciará el formato FLA-13 "Habilitación del Sistema" en el aplicativo de deudas en el CampusIT, con la finalidad de controlar y evitar la pérdida de	Bajo	El Coordinador de Laboratorios y la secretaria solicitarán, durante la reunión de inducción al inicio de cada período académico, la entrega de informes mensuales. Además, cada trimestre requerirán la información necesaria para elaborar el indicador HLA-04, correspondiente a la Prestación del Servicio de Laboratorio. Como evidencia de estas solicitudes, se dejarán registros en el acta de reunión, correos electrónicos y circulares digitales enviadas a los auxiliares. El coordinador de Laboratorios y secretaria, solicitará a la Oficina de Almacén e Inventarios el acompañamiento en la realización aleatoria de inventarios en laboratorios, una vez por periodo académico, dejando como evidencia el correo enviado y el memorando de solicitud de acompañamiento. El Líder del proceso y la secretaria solicitará al final de cada periodo académico la entrega de inventarios a cada unidad de Laboratorio, dejando como evidencia el correo electrónico, circular enviada a los auxiliares, e informes enviados por cada unidad de laboratorio.	Cuarta semana de febrero. Cuarta semana de agosto	Segunda semana de marzo. Segunda semana de octubre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: Se envía correo electrónico a la oficina de Almacén e Inventarios, con el Memorando #26 del 11 de agosto de 2025, en el cual se solicita la relación de las unidades de laboratorio a las que se les ha realizado revisión de inventarios de las Sedes de Pamplona y Villa del Rosario. Evidencias: Memorando #26 enviado por correo electrónico el 11 de agosto de 2025.	No es posible medir la efectividad de la acción	Según la información presentada las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas sin embargo se recomienda reiterar las solicitudes para que sean atendidas y establecer en el acta si despues de realizadas las verificaciones de los inventarios las acciones ejecutadas han sido efectivas o no.
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura	El coordinador de laboratorios solicita mediante correo electrónico, a la oficina de Registro y Control Académico los horarios establecidos para los laboratorios, antes de comenzar cada periodo académico, con el fin de establecer los horarios de atención en las unidades de laboratorio.		El coordinador de Laboratorios y secretaria, solicitará a la oficina de Registro y Control los horarios asignados a los laboratorios 2 veces al año, dejando como evidencia memorando digital y la información enviada por la oficina de Registro y Control, para el establecimiento de los horarios de atención de las unidades de laboratorio.	Primera semana de febrero. primera semana de agosto	segunda semana de marzo. segunda semana de septiembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: Se envía correo con Memorando #27 del 11 de agosto de 2025 a la Oficina de Registro y Control Académico, solicitando el consolidado de horarios de laboratorios para el segundo semestre académico del año en curso. Evidencias: Solicitud enviada mediante correo electrónico del 11 de agosto de 2025 con memorando #27. (VER ANEXO 3)	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura			El coordinador de Laboratorios y secretaria, remitirá a las facultades, según su naturaleza las necesidades de talento humano al inicio de cada periodo académico, por medio de correo electrónico, dejando como evidencia el correo electrónico enviado y y el correo de respuesta a la solicitud.	Segunda semana de febrero. Segunda semana de agosto	Segunda semana de marzo. Segunda semana de septiembre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: Se envía correo electrónico a las diferentes facultades el 31 de julio de 2025, con la relación de personal OPS necesario para el inicio del segundo semestre académico en las sedes de Pamplona y Villa del Rosario. Evidencias: Memorando #20 a la Facultad de Salud, Memorando #21 a la Facultad de Ciencias Básicas, Memorando #22 a la Facultad de Artes y Humanidades, Memorando #23 Facultad de Ciencias		Según la información presentada las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas sin embargo se recomienda reiterar las solicitudes para que sean atendidas y establecer en el acta si despues de realizadas las verificaciones de los inventarios las acciones ejecutadas han sido efectivas o no.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura	El coordinador de laboratorios remite a las Facultades con copia a la Vicerrectoría académica, las necesidades identificadas para la prestación del servicio, mediante los siguientes formatos: FCT-05 "Estudio de conveniencia y oportunidad, Requerimiento de", al inicio de la vigencia, para satisfacer las solicitudes realizadas por docentes y el grupo de mejoramiento, mediante la información dada por cada unidad de laboratorio	Bajo	El coordinador de Laboratorios y secretaria, Remitirá a las facultades, según su naturaleza al inicio de cada vigencia, los requerimientos para los laboratorios, por medio de correo electrónico, dejando como evidencia el correo electrónico enviado y los formatos de solicitud de cada requerimiento.	Última semana de enero	Última semana de febrero	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: Se envía correo electrónico a las diferentes facultades el 31 de julio de 2025, con la relación de personal OPS necesario para el inicio del segundo semestre académico en las sedes de Pamplona y Villa del Rosario. Evidencias: Memorando #20 a la Facultad de Salud, Memorando #21 a la Facultad de Ciencias Básicas, Memorando #22 a la Facultad de Artes y Humanidades, Memorando #23 Facultad de Ciencias Agrarias, Memorando #24 Facultad de Ingenierías y Arquitectura Memorando #25 Facultad de Educación.	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	están establecidas sin embargo se recomienda continuar con su ejecución y la efectividad de las mismas se medirá con el indicador HLA-04 "Prestación del Servio de Laboratorio
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura	mediante la información dada por cada unidad de laboratorio diligencia y socializa los indicadores de gestión trimestral: HAC-04 "Peticiónes, Quejas, Reclamos y Denuncias", HLA-04 "Prestación del Servio de Laboratorio", los cuales deben reflejar mínimo un 80% de satisfacción en la prestación del servicio.		El coordinador del proceso y secretaria enviará a la Oficina del Sistema Integrado de Gestión cada trimestre los indicadores HAC-04 "Peticiónes, Quejas, Reclamos y Denuncias", HLA-04 "Prestación del Servio de Laboratorio", dejando como evidencia las Actas de reunión.	Última semana de marzo, junio, septiembre y diciembre	Primera semana de abril, julio, octubre y ultima semana de diciembre.	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: Se consolidación la informa enviada por las diferentes unidades de laboratorio y por la oficina de Atención al Ciudadano, para diligenciar los indicadores institucionales y de gestión, para ser enviada al SIG en el Acta #018 del 10 de julio de 2025, anexando las fichas para cada indicador. Evidencias: Se sube al SharePoint del Sistema Integrado de Gestión el Acta #018 del 10 de julio de 2025. (VER ANEXO 5)		
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura	Los auxiliares de laboratorio socializan las normas de bioseguridad para cada laboratorio, al inicio de cada periodo académico, mediante el formato FAC-08 "Actas de Inducción en las normas de bioseguridad", y aplicará el formato FLA-08 "Seguimiento y Evaluación del Servicio de Laboratorio"; Formato FLA-06 "Deudas", al terminar cada práctica. De la misma manera el grupo de mejoramiento, mediante la información dada por cada unidad de laboratorio		El coordinador de Laboratorios y secretaria, solicitará en la reunión de inducción al inicio de cada periodo académico, la realización de las inducciones de bioseguridad en los diferentes laboratorios, además se recordará el cumplimiento en el diligenciamiento de los diferentes formatos que se indican en el PLA-02 Prestación de Servicio de Laboratorio, dejando como evidencia el correo electrónico, circular (digital) enviada a los auxiliares con citación a reunión y el Acta de reunión.	Cuarta semana de febrero. Cuarta semana de agosto	Segunda semana de marzo. Segunda semana de octubre	Seguimiento FAC-08 Acta de reunión n°021 del 31 de julio del 2025: A la fecha de realización de este seguimiento no se ha realizado la reunión de inducción, teniendo en cuenta que se realiza cuando se inicia el periodo académico, el cual está proyectado para el 1 de septiembre. Por lo anterior queda pendiente la ejecución de este control. Evidencias: N/A	Según las mediciones del indicador las acciones a la fecha son efectivas	La acción se ejecué al inicio del semestre sin embargo estas evidencias serán parte del ultimo seguimiento
Gestión de laboratorios	Gestión	Prestación deficiente del servicio de laboratorio.	1. inconformidad por parte de los usuarios 2. No satisfacción del cliente 3. Accidentes en las prácticas y detrimento patrimonial 4. Incumplimiento en el desarrollo de las prácticas pedagógicas planificadas para cada asignatura	El grupo de mejoramiento, mediante la información dada por cada unidad de laboratorio solicitará el presupuesto necesario para el funcionamiento de los laboratorios mediante correo electrónico, en el momento que se esté elaborando el presupuesto institucional, con el objeto de satisfacer las necesidades de personal, materiales, reactivos e insumos		El coordinador de Laboratorios y secretaria, gestionará ante el ordenador del gasto, en el momento de la realización del presupuesto institucional para la siguiente vigencia, el presupuesto necesario para el funcionamiento de los laboratorios, por medio de correo electrónico una vez al año, dejando como evidencia el correo electrónico enviado.	Segunda semana de octubre	Segunda semana de noviembre	Se encuentra dentro de los tiempos de ejecución	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará dentro de los tiempos establecidos
Gestión de laboratorios	Seguridad Digital	Pérdida de la información digital por daños en el fluido eléctrico o de los equipos de cómputo.	1. Pérdida de la información 2. Detrimento del patrimonio institucional	El líder del proceso y la secretaria gestionará ante la oficinas de Planeación y CIADTI el mantenimiento de los estabilizadores y equipos de cómputo, asignados a las diferentes unidades de laboratorio, al inicio de cada periodo académico.	Bajo	El líder del proceso y las unidades de laboratorios gestionarán ante la oficina del CIADTI el mantenimiento equipos de cómputo, asignados a las diferentes unidades de laboratorio, al inicio de cada periodo académico, dejando como evidencia el memorando (digital) y el correo electrónico.	Segunda semana de febrero y de agosto	Segunda semana de marzo y de octubre	Se encuentra dentro de los tiempos de ejecución	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará dentro de los tiempos establecidos
Gestión de laboratorios	No Discriminación	Dificultad para el acceso equitativo a la prestación de servicio de laboratorio sin distinción de sexo, raza, orientación sexual, religión u otro aspecto de las personas	1. Prestación del servicio de laboratorio deficiente o inadecuada a las personas afectadas. 2. Insatisfacción y desconfianza hacia la institución. 3. Riesgo de sanciones legales por incumplimiento de normativas relacionadas con la atención a casos de discriminación.	El grupo de mejoramiento, mediante la información dada por cada unidad de laboratorio diligencia y socializa los indicadores de gestión trimestral: HLA-05 "Discriminación y no inclusión en la Prestación del Servicio de Laboratorio", los cuales deben reflejar mínimo un 80% de satisfacción en la prestación del servicio.	Bajo	El líder del proceso y grupo de mejoramiento citara a los auxiliares de laboratorio a jornadas de capacitación y sensibilización sobre el tema de Discriminación y no inclusión una vez por semestre, dejando como evidencia la circular de citación y el acta de reunión. El coordinador del proceso y secretaria enviará a la Oficina del Sistema Integrado de Gestión cada trimestre los indicador HLA-05 "Discriminación y no inclusión en la Prestación del Servicio de Laboratorio", dejando como evidencia las Actas de reunión	Segunda semana de febrero y de agosto	Segunda semana de marzo y de octubre	Se encuentra dentro de los tiempos de ejecución	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará dentro de los tiempos establecidos

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2								Fecha:		15 septiembre de 2025
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	-----------------------

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de pagaduría y tesorería	Corrupción	Posibilidad de subir pagos manuales de matrículas financiera sin soporte para favorecimiento de terceros	Investigación Disciplinaria y penal, Detrimiento del patrimonio de la universidad. Información errónea del estado de cuenta del estudiante en el aplicativo	Implementación de códigos de barras en la matrículas financieras los cuales permiten identificar y cargar los pagos automáticos en el sistema. El personal asignado realiza el cargue en el acedmusoft y gestasoft de los pagos manuales los cuales se realizan solo con la consignación original previa	Moderado	El funcionario a cargo del área de pagos de matrículas generará una vez finalizando segundo semestre del año académico, el reporte general de pagos manuales, el jefe de la oficina de Pagaduría y Tesorería al azar seleccionará una muestra de 15 pagos manuales a los cuales se les deberá verificar y realizar la revisión de su autenticidad junto con los soportes correspondientes y verificación en el sistema, dejando evidencia de esta revisión en acta de reunión	Tercera semana del mes de diciembre una vez finaliza el segundo periodo académico	Una vez finalizado el semestre académico	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 11 del 15 de julio del 2025: Se encuentra en proceso debido a que el tiempo para realizar la auditoría aún no ha finalizado.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará conforme a los tiempos planificados. Se verificará la efectividad con el reporte y el acta de la revisión muestral al finalizar el semestre.
Gestión de pagaduría y tesorería	Gestión	Alteración en los consecutivos de egreso	El personal responsable del archivo clasifica, organiza y diligencia la documentación acorde a los lineamientos establecidos en los archivos de gestión, así mismo se diligencia una base de datos sistematizada de cada egreso recibido diariamente. Se realiza la depuración y organización para el traslado de la documentación al archivo central.	El personal responsable del archivo clasifica, organiza y diligencia la documentación acorde a los lineamientos establecidos en los archivos de gestión, así mismo se diligencia una base de datos sistematizada de cada egreso recibido diariamente. Se realiza la depuración y organización para el traslado de la documentación al archivo central.	Moderado	El jefe de la oficina de Pagaduría y Tesorería junto al personal encargado revisan de manera mensual y elaboran un acta de justificación de los consecutivo de egresos no utilizados con el fin de aclarar la situación relacionada con el vacío del consecutivo.	Una vez se realice el periodo del cierre mensual	una vez se realice el periodo del cierre mensual	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 11 del 15 de julio del 2025: Se elaboró un acta de reunión basada en los informes del sistema de egresos. Se verifica que existen espacios no usados entre los egresos. EVIDENCIAS: Se evidencia el acta 006 del 10 de abril de 2025, así como el acta 009 de fecha 07 de julio de 2025.	La efectividad de la acción se medirá en el último seguimiento	La acción se esta ejecutando tal como esta establecida, se recomienda al proceso en las actas de seguimiento realizar la aclaración del motivo por el cual quedaron los espacios en los consecutivos y si esto corresponde a la materialización del riesgo establecer las acciones necesarias para su corrección
Gestión de pagaduría y tesorería	Gestión	Posibilidad de realizar pagos errados	Se remite por parte del proceso de presupuesto y contabilidad las conciliaciones bancarias como método de identificación de los pagos erróneos a terceros. El funcionario de archivo revisa la información, detecta la inconsistencia y procede a ponerse en contacto con funcionario del área de pago para que se ponga en contacto con el tercero involucrado en el posible incidente.	Se remite por parte del proceso de presupuesto y contabilidad las conciliaciones bancarias como método de identificación de los pagos erróneos a terceros. El funcionario de archivo revisa la información, detecta la inconsistencia y procede a ponerse en contacto con funcionario del área de pago para que se ponga en contacto con el tercero involucrado en el posible incidente.	Moderado	El jefe de la oficina de pagaduría y tesorería envía un correo al funcionario responsable del pago erróneo (según resultado de las conciliaciones) sobre la identificación de la situación y solicitan las acciones correctivas necesarias que se deban aplicar para subsanar el inconveniente, en caso que hayan existido la necesidad, al finalizar el semestre se realiza acta de reunión para la consolidación, seguimiento y cierre de los posibles hallazgos	Primera semana de julio y ultima semana de diciembre	Segunda semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 11 del 15 de julio del 2025: Hasta el momento no se han presentado errores por parte de los funcionarios de pagaduría; sin embargo, los errores de rechazos presentados corresponden a cambios de cuenta o de número de documento por parte del beneficiario, quien no informó a tiempo a la dependencia encargada de alimentar dicha información.	No es posible medir la efectividad de la acción	Según la información presentada por el proceso a la fecha el riesgo no se ha materializado, se recomienda hacer una análisis y establecer una acción que permita mitigar el riesgo ya que la acción establecida corresponde a una acción correctiva cuando ya el riesgo este materializado. Se recomienda analizar y establecer una acción de prevención que mitigue la ocurrencia del riesgo, además de la acción correctiva existente.
Gestión de pagaduría y tesorería	Gestión	Registro de ingresos a los conceptos que no corresponden	El profesional del área de ingresos verifica con el extracto bancario los ingresos y se realizan las consultas pertinentes para identificar los mismos	El profesional del área de ingresos verifica con el extracto bancario los ingresos y se realizan las consultas pertinentes para identificar los mismos	Moderado	Emitir anualmente por parte del Jefe de la Dependencia una circular informando a los generadores de conceptos de ingresos que para los mismos se debe expedir factura electrónica a nombre del tercero que cancela el concepto ingreso	Primera semana de marzo	Segunda semana de marzo	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 11 del 15 de julio del 2025: Se elaboró la circular 001 y se envió por correo electrónico a diferentes ordenadores del gasto el día 28 de marzo. Evidencias: Se evidencia circular 001 de fecha 28 de marzo.	La efectividad de la acción se medirá en el último seguimiento	La acción se ejecuta tal como esta establecida, en el último seguimiento se medirá su efectividad.
Gestión de pagaduría y tesorería	Seguridad Digital	Posibilidad de pérdida o uso indebido de Información de Usuario, por manejo indebido de claves y otros componentes	perdida de la información	El funcionario del área de portales bancarios no debe abrir ni descargar páginas o softwares no autorizados y los funcionarios deben respetando las estrategias de aseguramiento control y tratamiento de la información.	Moderado	Formalización anual de responsabilidad de asignación de la clave de aplicativos y claves del computador entre el jefe de la dependencia y el funcionario encargado del manejo de aplicativo a través de acta de reunión. Nota: Durante el seguimiento a reportar el jefe de la oficina de pagaduría adjuntará carta donde se garantice la elaboración y legalización del año ya que debido a su contenido no es posible compartirla	Primera semana de marzo	Segunda semana de marzo	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 11 del 15 de julio del 2025: Se elaboró acta de reunión con claves y carta de certificación. Evidencias: Se evidencia carta de la oficina de pagaduría y tesorería.	La efectividad de la acción se medirá en el último seguimiento	La acción se ejecuta tal como esta establecida, en el último seguimiento se medirá su efectividad.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de pagaduría y tesorería	No Discriminación	Posibilidad de incurrir en sanciones por la falta de mecanismos inclusivos de comunicación	Sanciones legales por parte de los estudiantes que se sientan excluidos o discriminados	Los funcionarios encargados de realizar al cliente siempre se encuentra capacitados empleando habilidades comunicativas que permitan un contacto efectivo entre el emisor y el receptor.	Moderado	El jefe de la oficina junto al personal correspondiente deben solicitar la implementación de carteles en braille que fortalezcan la comunicación inclusiva para y con los estudiantes.	Primera semana del semestre académico	Finales del primer corte del semestre académico	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	La efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	El proceso no reporta evidencia del cumplimiento de la acción se recomienda cumplir la acción dentro de los tiempos establecidos para mantener el riesgo controlado
Gestión de recursos bibliográficos	Corrupción	Problemas de ejecución en el procedimiento de prestación de servicios	Realizar préstamo de los equipos y/o recursos sin hacer el debido proceso, ocasionado inconveniente a los usuarios, por mala ejecución en el proceso. Pérdida de credibilidad y confianza en la Entidad	Implementación del sistema Academusoft para la prestación del servicio.	Moderado	1. Control del proceso mediante auditorias de autorregulación para detectar posibles fallas en el proceso. 2. Verificar la identidad del usuario. En el caso de presentar inconsistencias, se debe hacer el respectivo reporte. 3. Dar a conocer los procesos, formatos e instructivos al personal asignado a los servicios de Préstamo.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Auditoría de autorregulación	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el ultimo seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	Corrupción	Propiciar espacios en la dependencia que permitan el uso de material bibliográfico (trabajos de grado) sin respetar el uso de derechos de autor	Demandas por parte de los autores, por infringir las leyes.	1. La Universidad cuenta con Repositorio Hulago para almacenamiento y consulta de los trabajos de grado realizados por la comunidad académica. 2. Implementación de los formatos Licencia de Depósito Biblioteca José Rafael Faria Bermúdez y Carta De Confidencialidad, en la recepción de trabajo de grado. 3. Adquisición de software Turnitin, software que detecta en el escrito contenido no original.	Alto	1. Realizar campañas de concientización sobre la importancia de preservar los derechos de autor así como las consecuencias legales que con llevan el caso de no cumplir. 2. Socializar por facultades la implementación del repositorio institucional y su importancia. 3. Dar a conocer a los docentes por facultades el software Turnitin para que sea usado en la revisión de trabajos, ensayos, o cualquier escrito y mejor la calidad en la redacción de los documentos. 4. Realizar jornadas de capacitación sobre las Normas APA, Vancouver, IEEE, ICONTEC y Mendeley a los docentes, estudiantes y administrativos que requieran asesoría en la citación de los trabajos de grado.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Verificación del usuario en el sistema academusoft	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el ultimo seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	Gestión	Deterioro del material bibliográfico	No disponibilidad de préstamo del material que se encuentra en malas condiciones en las estanterías por presencia de material contaminado.	1. Seguimiento a las solicitudes enviadas, correos electrónicos, y/o memorandos. 2. Desinfección del material que ingresa a las unidades en calidad de devolución. 3. Revisión del material ubicado en estantería, con el fin de determinar cuál se encuentra en mal estado y presenta riesgo de propagación para el demás material	Moderado	1. Solicitar la encuadernación del material bibliográfico que se encuentra en malas condiciones de presentación para continuar con su préstamo. 2. Establecer un procedimiento de descarte u almacenamiento según sea el caso, del material bibliográfico que presenten daños por causas ambientales. 3. Solicitar desinfección de las unidades bibliográficas por lo menos una vez en el semestre con el fin de disminuir la presencia de daños por causas ambientales.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Encuadernación del material bibliográfico, registro de bajas en el sisema academusft, desinfección del material por parte de los gestores	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el ultimo seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	Gestión	Ausencia de material bibliográfico y documental accesible y disponible al usuario por inadecuado análisis y organización.	Material bibliográfico con errores en catalogación, clasificación o ingreso. Material ubicado en el lugar que no corresponde. Numero de inventario del material no coincide con el registrado en el sistema. Retraso en el análisis, catalogación, valoración y clasificación del material bibliográfico.	1.Implementación del sistema Academusoft para la prestación del servicio. 2.Implementación del sistema Dewey para clasificar el material bibliográfico.	Moderado	1.Control del proceso mediante auditorias de autorregulación para detectar posibles fallas en el proceso. 2.Dar a conocer los procesos, formatos e instructivos al personal asignado a proceso técnicos. 3.Revisión en estantería por parte de los coordinadores de sala del material que esta mal rotulado. 4.Cambios en el sistema dependiendo de la pertinencia del material para asegurar una adecuada ubicación.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Auditoría de autorregulación, reunión de inicio de sementre, revisión de estanteria,clasificación y catalogación bibliográfica y cambios en el sistema dependiendo la pertinencia del material para asegurar una adecuada ubicación	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el ultimo seguimiento establecer la efectividad de la acción.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión de recursos bibliográficos	Gestión	Problemas de adecuación y arreglo de infraestructura física y tecnológica de las Bibliotecas Universidad de Pamplona sedes (Pamplona, Cúcuta y Villa del Rosario)	Deterioro parcial o total del material bibliográfico e inmobiliario así como afectaciones en la salud de los usuarios y funcionarios de las Bibliotecas	1. Seguimiento a las solicitudes enviadas, correos electrónicos, y/o memorandos.	Moderado	1. Solicitar los arreglos necesarios para mejorar los problemas en la infraestructura. 2. Solicitar adecuación de puntos de internet y actualización de software equipos si es necesario para optimizar los procesos. 3. Realizar las diferentes solicitudes de arreglos varios a la oficina de Planeación o Recursos Físicos y en cuanto a inmobiliario a la Oficina de Almacén.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Se realizó la Solicitud a la oficina de planeación, al ciadti de los puntos de internet y a la oficina de Recursos Físicos	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el último seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	Gestión	Inoportunidad en la entrega de productos y servicios	No continuidad y posibles atrasos en el desarrollo de actividades en los diferentes procesos de la Oficina de Recursos Bibliográficos por falta de Personal que cuente con la experiencia y experticia para el desarrollo de las mismas.	Seguimiento a las solicitudes enviadas, correos electrónicos, y/o memorandos.	Moderado	1.Solicitar a la Oficina de Talento Humano vinculación del personal administrativos. 2. Solicitar a la Oficina de Contratación vinculación de personal OPS	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Correo de autorización de vinculación de personal	La acción es efectiva se ha contratado el personal necesario para el buen funcionamiento de la dependencia	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas.
Gestión de recursos bibliográficos	Seguridad Digital	Pérdida de Integridad de los archivos	1.Retrasos y reprocesos en los servicios de información 2.Demoras en la prestación de los servicios tecnológicos 3.Pérdida de credibilidad e imagen institucional	1.Existe actualmente un Back up donde se almacena la información temporalmente. 2.Información relevante cargada en One Drive del correo institucional.	Alto	1. Solicitar un acceso a la nube institucional o un lugar de respaldo con mayor capacidad para la protección final de la información. 2. Solicitar actualización y/o mantenimiento de los equipos donde se tenga información importante para evitar pérdida de archivos.	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Cuarta semana de julio - tercera semana de diciembre	Realizar respaldos periódicos de todos los archivos importantes según se requiera.	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	El proceso evidencia ejecución del control peron o de las acciones esrablecidas.
Gestión de recursos bibliográficos	No Discriminación	Cultura organizacional permisiva frente a conductas discriminatorias	Clima laboral tóxico, lo que afecta la productividad y el bienestar de los trabajadores. Daño a la imagen institucional por falta de compromiso con la equidad.	Políticas de la universidad en no discriminación	moderado	1. Solicitud de capacitaciones en el tema 2. Realización de dos capacitaciones en el año 3. Reporte de casos presentados	Una vez por semestre	Una vez por semestre	Solicitud de capacitación a la oficina de Atención al ciudadano y transparencia,	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el último seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	No Discriminación	Falta de Sensibilización en Diversidad de Género	Exclusión de personas LGBTQIA+ y perpetuación de estereotipos. Mayor vulnerabilidad a situaciones de acoso o violencia. Impacto negativo en la percepción de la universidad como inclusiva.	Ruta de género establecida en la Universidad	Moderado	1. Solicitud de capacitaciones en el tema 2. Realización de dos capacitaciones en el año 3. Reporte de casos presentados (Activar ruta)	Una vez por semestre	Una vez por semestre		La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el último seguimiento establecer la efectividad de la acción.
Gestión de recursos bibliográficos	No Discriminación	Baja Conciencia sobre la Inclusión Intergeneracional	Dificultades en la adaptación a nuevas tecnologías o métodos de enseñanza. Desconexión entre generaciones y pérdida de conocimiento acumulado. Afectación del clima laboral y académico.	Políticas de la universidad en no discriminación	Moderado	1. Solicitud de capacitaciones en el tema 2. Realización de dos capacitaciones en el año 3. Reporte de casos presentados (Activar ruta)	Una vez por semestre	Una vez por semestre		La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	Las acciones se han ejecutado tal como estan establecidas, se recomienda en el último seguimiento establecer la efectividad de la acción.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión del Talento Humano	Corrupción	Fraude en la nómina	Detrimento patrimonial Producto y/o servicio no conforme Intervención de los órganos de control, Fiscalía u otro ente. Procesos: sancionatorios, disciplinarios, fiscales y penales. Trámites administrativos adicionales. Pérdidas económicas, sanciones legales, daño reputacional.	El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado revisa, analiza y registra en el sistema talento IG la novedad de nómina, teniendo como soporte el correo electrónico remitido y el FGH-01. Novedades de nómina. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado, ejecuta las actividades de control en el PGH-02. Elaboración y liquidación de nómina, tales como: (1) preliquidación de la nómina y (2) liquidación de la nómina a través del diligenciamiento del FGH-01. Novedades de nómina. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado remite anualmente al correo del proceso de control interno de gestión, la solicitud de auditoría integral al PGH-02. Elaboración y liquidación de nómina.	Alto	El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado realizará solicitud del proceso de auditoría anual al proceso de Control Interno de Gestión, cuyo alcance sea el procedimiento de liquidación de la Nómina de personal docente y administrativo. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado deberá atender los diferentes requerimientos de información y documentación relacionados con el proceso de auditoría anual al procedimiento de elaboración y liquidación de nómina según solicitud del proceso de Control Interno de Gestión. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado descarga el reporte de preliquidación de nómina (predomina) para identificar diferencias salariales, en caso de encontrar algún error se corrige y se vuelve a reliquidar	Una vez al año	Una vez al año	Solicitud de auditoría integral al PGH-02. Elaboración y Liquidación de Nómina, perteneciente a la anualidad 2024. Remisión correo, solicitud proceso auditoría integral al PGH-02. Elaboración y Liquidación de Nómina. Comparativo devengado mes de enero 2025.	La efectividad de la acción se medirá en el último seguimiento	Según la información reportada por el proceso en el plan anual de auditoría esta actividad se ejecutará en el mes de octubre
Gestión del Talento Humano	Gestión	Errores en la liquidación mensual de nómina	Detrimento patrimonial Intervención de los órganos de control, Fiscalía u otro ente. Proceso disciplinario. Pagos incorrectos. afectación en la satisfacción de los empleados.	El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado: revisa, analiza y registra en el sistema talento IG la novedad de nómina, teniendo como soporte el correo electrónico remitido y el FGH-01. Novedades de nómina. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado, ejecuta las actividades de control en el PGH-02. Elaboración y liquidación de nómina, tales como: (1) preliquidación de la nómina y (2) liquidación de la nómina a través del diligenciamiento del FGH-01. Novedades de nómina. El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado remite anualmente al correo del proceso de control interno de gestión, la solicitud de auditoría integral al PGH-02. Elaboración y liquidación de nómina.	Bajo	El funcionario de la oficina de Gestión del Talento Humano encargado realizará el cruce del reporte beneficiarios de novedades del sistema Talento IG con las diferentes novedades recibidas en el mes. Capacitación en el sistema talento IG, cuando exista acciones de mejora en la parametrización del sistema.	Cuarta semana de cada mes	Tercera semana del mes de diciembre	Cruce del reporte beneficiarios de novedades del sistema Talento IG con las diferentes novedades recibidas en el mes.	La efectividad de la acción se medirá en el último seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva o no, se recomienda realizar la medición en el último seguimiento

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión del Talento Humano	Gestión	Incumplimiento de afiliación a los docentes, personal administrativo, pasantes y practicantes, al Sistema General de Riesgos Laborales.	Responsabilidad directa por parte del empleador en lo relacionado con la salud del empleado y su núcleo familiar, así como los gastos prestacionales y asistenciales derivados de la atención médica. Responsabilidad financiera de la universidad en caso de accidentes laborales sin cobertura de ARL. Afectación del horario publico.	El funcionario de la oficina de gestión del talento humano realiza la revisión y verificación del estado de afiliación, cobertura en los portales web de las EPS y ARL y el pago de aportes en el portal transaccional APORTES EN LINEA. El funcionario de la oficina de gestión del talento humano efectúa la comparación del personal vinculado con el listado del personal activo en los portales web de las EPS y las ARL y realiza la corrección de las afiliaciones e inconsistencias. El uncionario de la oficina de gestión del talento humano realiza la solicitud de afiliación o reingreso de nuevo personal vinculado vía portal web y correo electrónico a los asesores de las EPS.	Moderado	El funcionario de la oficina de gestión el talento humano realizará solicitud por medio de correo electrónico con periodicidad semestral para el envío de listados del personal docente ocasional y hora cátedra con un lapso de tiempo máximo de cinco (5) días, después de finalizar el proceso de vinculación.	Semestral	Semestral	Correo electrónico listados personal docente tiempo completo ocasional y hora cátedra. Solicitud mediante correo electrónico a las diferentes facultades y coordinación de cread con el objeto de remitir el listado y documentación de los estudiantes practicantes para la afiliación a ARL.	A la fecha la acción ha sido efectiva	La acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión del Talento Humano	Gestión	Incumplimiento de afiliación a los docentes, personal administrativo, pasantes y practicantes, al Sistema General de Riesgos Laborales.	Responsabilidad directa por parte del empleador en lo relacionado con la salud del empleado y su núcleo familiar, así como los gastos prestacionales y asistenciales derivados de la atención médica. Responsabilidad financiera de la universidad en caso de accidentes laborales sin cobertura de ARL. Afectación del horario publico.			El funcionario de la oficina de gestión del talento humano realizará la afiliación del personal administrativo una vez se remita información relacionada con la vinculación al correo electrónico.	Semestral	Semestral		A la fecha la acción ha sido efectiva	La acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión del Talento Humano	Gestión	Incumplimiento de afiliación a los docentes, personal administrativo, pasantes y practicantes, al Sistema General de Riesgos Laborales.	Responsabilidad directa por parte del empleador en lo relacionado con la salud del empleado y su núcleo familiar, así como los gastos prestacionales y asistenciales derivados de la atención médica. Responsabilidad financiera de la universidad en caso de accidentes laborales sin cobertura de ARL. Afectación del horario publico.			El funcionario remitirá correo electrónico a las diferentes facultades de forma semestral, con el fin de que sea enviado el listado y la documentación de los estudiantes practicantes con un lapso de tiempo máximo de quince (15) días hábiles, antes del inicio de la práctica.	Semestral	Semestral		A la fecha la acción ha sido efectiva	La acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión del Talento Humano	Gestión	Vulneración de Derechos Laborales en la Vinculación y gestión del Personal en la Universidad	Posibles denuncias por vulneración de derechos fundamentales de los trabajadores.	Procedimientos establecidos para la selección v VINCULACION del		capacitación en derechos laborales: Sensibilización y formación sobre derechos, deberes v prevención de				LA efectividad de la acción se medirá	La acción se ejecutó tal como esta establecida sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión del Talento Humano	Gestión	Vulneración de Derechos Laborales en la Vinculación y gestión del Personal en la Universidad	Desmotivación, estrés laboral y agotamiento del personal	Exclusión y Prácticas Discriminatorias del personal docente y administrativo.	bajo	Implementar sobre sanciones, acciones y procedimientos de abuso laboral.	Semestral	Semestral	Se verifica la asistencia de los trabajadores, la aplicación de evaluaciones de conocimientos y encuestas de satisfacción al finalizar cada jornada. Se monitorea el número de sesiones realizadas, cobertura de trabajadores y nivel de comprensión alcanzado. Los hallazgos de auditoría han sido documentados en informes técnicos.	en el ultimo seguimiento	Según la evidencia presentada se evidencia o no, se recomienda realizar la medición en el ultimo seguimiento
Gestión del Talento Humano	Gestión	Vulneración de Derechos Laborales en la Vinculación y gestión del Personal en la Universidad	Demandas por incumplimiento de normativas laborales y sanciones de entidades de control.			Monitoreo continuo del clima organizacional: Encuestas y mecanismos de retroalimentación para detectar problemas a tiempo.				LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	En las evidencias presentadas por el proceso no se evidencia ejecución de la actividad aunque se realice la medición de la satisfacción del plan de capacitación, se recomienda al proeso realizar la medición del clima organizacional con el fin de establecer acciones claras que permitan mitigar el riesgo
Gestión del Talento Humano	Gestión	Vulneración de Derechos Laborales en la Vinculación y gestión del Personal en la Universidad	Pérdida de confianza de la comunidad académica y del público en general hacia la entidad.	Control de asignaciones mediante reglamentos internos y seguimiento por parte de la Oficina de Talento Humano.		Auditorías y controles internos: Evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de las condiciones laborales adecuadas				LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Según las evidencias presentadas se realiza la verificación de los puestos de trabajo sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva o no, se recomienda realizar la medición en el ultimo seguimiento
Gestión del Talento Humano	Gestión	Vulneración de Derechos Laborales en la Vinculación y gestión del Personal en la Universidad	Desgaste del personal, alta rotación y disminución de la calidad del servicio educativo.	Canales institucionales para que los trabajadores reporten irregularidades.		Auditorías y controles internos: Evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de las condiciones laborales adecuadas				LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Según las evidencias presentadas se realiza la verificación de los puestos de trabajo sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva o no, se recomienda realizar la medición en el ultimo seguimiento
Gestión del Talento Humano	No Discriminación	Exclusión y Prácticas Discriminatorias en los procesos de selección, vinculación, desarrollo y Gestión del Talento Humano	Posibles sanciones o demandas por prácticas discriminatorias. - intervención de entes de control .	Mecanismos para la atención de PQRDS		Fortalecer la capacitación del personal en no discriminación y diversidad.			Se diseñó e implementó un plan de capacitación orientado a promover una cultura institucional basada en el respeto, la equidad y la inclusión. realizado jornadas de capacitación virtuales y presenciales con participación activa del personal administrativo y directivo. Se estableció una periodicidad semestral para auditar los procesos de selección y promoción, asegurando el cumplimiento de los principios de igualdad de oportunidades, imparcialidad y transparencia. Se definieron e integraron indicadores de gestión para medir la equidad y la inclusión en el sistema de información de talento humano.	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva o no, se recomienda realizar la medición en el ultimo seguimiento
Gestión del Talento Humano	No Discriminación	Exclusión y Prácticas Discriminatorias en los procesos de selección, vinculación, desarrollo y Gestión del Talento Humano	Deterioro de la imagen de la Universidad de Pamplona y desconfianza de la comunidad universitaria.	Capacitaciones y charlas relacionadas con los procesos de equidad, inclusión, no discriminación y diversidad		Implementar auditorías periódicas en los procesos de selección y promoción.				La efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	En las evidencias presentadas por el proceso no se evidencia ejecución de la actividad , se recomienda ejecutar las acciones establecidas y medir la efectividad en la mitigación del riesgo

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión del Talento Humano	No Discriminación	Exclusión y Prácticas Discriminatorias en los procesos de selección, vinculación, desarrollo y Gestión del Talento Humano	Obstaculización del cumplimiento del Acuerdo 044 de 2015 y afectación en la acreditación institucional en temas de inclusión y diversidad.	Establecimiento del Acuerdo 044 de 2015 "Política de inclusión social y accesibilidad universal para los Grupos Priorizados de la Universidad de Pamplona" como base normativa.		Establecer indicadores de evaluación sobre equidad, inclusión y no discriminación en la gestión del talento humano				LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida sin embargo no se registra si la acción ha sido efectiva o no, se recomienda realizar la medición en el ultimo seguimiento
Gestión Documental	Gestión	Retraso en la entrega oportuna de las comunicaciones oficiales	"Quejas formales por parte de los usuarios, que pueden terminar en acciones legales por la demora del proceso. Investigaciones disciplinarias Destitución de funcionario público, Daños y perjuicios "	"Los funcionarios del proceso de Gestión Documental realizan la radicación de las comunicaciones internas o externas de la institución en los diferentes radicados. FGT-01 Radicación, distribución y Control de documentos Internos. FGT-02 Radicación, distribución y Control de documentos Externos. FGT-04 Radicación, distribución y Control de documentos por correo Certificado FTG-11: Envíos Nacionales e Internacionales "	Moderado	El líder del proceso de gestión documental y profesional universitario de apoyo garantizará la capacitación del personal que a través del aplicativo HERMENSOFTE ingresa la información donde se evidencia el registro de la documentación interna y externa de la institución, de cumplimiento y satisfacción en la prestación de servicio.	Esta capacitación es realizara a inicio de semestre, por parte de profesional universitario de gestión documental (ventanilla única). Se evidenciara en acta de grupo de mejoramiento del proceso donde se evidencia la entrega oportuna de cada comunicación radicada.	Se realizara un acta de cierre del finalizando de semestre en la semana 3 para terminar de consolidar dichas capacitaciones	Los funcionarios del proceso de Gestión Documental son los encargados de realizar la radicación y entrega de las comunicaciones oficiales internas o externas de la institución en los diferentes radicados. •EGT-01 Radicación, distribución y Control de documentos Internos. •EGT-02 Radicación, distribución y Control de documentos Externos. •EGT-04 Radicación, distribución y Control de documentos por correo Certificado •ETG-11: Envíos Nacionales e Internacionales En dicha oficina en el proceso de ventanilla única se evidencia un total de 97 radicados como resultado de la entrega oportuna de las comunicaciones oficiales y se evidencia en el aplicativo y en medio físico en el segundo trimestre de (abril, mayo junio). Se evidencia en el registro de : •EGT-02 Radicación, distribución y Control de documentos Externos N °67. •EGT-04 Radicación, distribución y Control de documentos por correo Certificado. N°24 La oficina de Archivo Central realiza el proceso de consulta y de préstamos a los funcionarios académico-administrativos y se	A la fecha la acción no ha sido efectiva,	Aunque las acciones se han ejecutado y se evidencia el registro de radicación y distribución de documentos, sin embargo no se evidencia la ejecución de la capacitación propuesta como actividad, Se recomienda realizar el proceso de capacitación propuesto.
Gestión Documental	Gestión	Desactualización de las TDR	"Pérdida de información valiosa para la institución. Investigaciones disciplinarias"	Los funcionarios de archivo central realizan asesorías a las diferentes dependencias en la institución sobre el uso y aplicación de las tablas de retención documental y organización de archivo de gestión , en dichas asesorías se realizaran la verificación de los asuntos con las respectivas series y sus series con los tipos documentales para realizar la actualización o eliminación de los asuntos de las dependencias académico administrativas y creación de las nuevas tablas a las dependencias que no cuente con ellas IGT-02 Organización y Transferencia de Documentos del Archivo de Gestión al Archivo Central. HGT-04 Tablas de Retención Documental. "	Moderado	"Los funcionarios de archivo central realizan Capacitación o asesorías a las diferentes dependencias en la institución sobre el uso y aplicación de las Tablas de Retención Documental y organización de archivo de gestión en estos a acampamientos verificaran los asuntos (series y sus series con los respectivos tipos documentales) y así identificar que asuntos se deben incluir, eliminar o realizar algún tipo de modificación, se consolidara esta información con un informe de los cambios."	Esta capacitación o asesorías evidenciara en acta de grupo de mejoramiento del proceso donde se relacionaran los temas y número de funcionarios a los que se les realizaron la capacitación y cuál ha sido el impacto a nivel institucional, primer semestre mente con sus respectivos anexos de cabios realizados a cada tabla (junio).	Esta capacitación o asesorías evidenciara en acta de grupo de mejoramiento del proceso donde se relacionaron los temas y número de funcionarios a los que se les realizaron la capacitación y cuál ha sido el impacto a nivel institucional, finalizando el segundo semestre mente con sus respectivos anexos de cabios realizados a cada tabla (diciembre).	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	la accion se ha ejecutado , sin embargo no ha sido efectivo al 100% ya que no todos os proceso han reportado los cambios o modificaciones a realizar a las TRD	Según lo descrito en el acta de seguimieto , la acción se ha ejecutado tal como está establecida.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión Documental	Gestión	Conservación y disposición final de los documentos en Archivo Central	Falta de conocimientos por parte de la persona para la custodia y resguardo de los documentos en medio físico Falta de infraestructura en los Repositorios de Archivo Central. Incumplimiento del cronograma de las transferencias documentales de archivo de gestión a archivo central (transferencias primarias)	Los funcionarios de archivo central realizan semestral un diagnóstico del estado de los documentos y espacios en la estantería para la capacidad de albergar la documentación para la conservación, se presentara el reporte a través de un acta a la líder y así determinar la tomar decisiones de dicha situación	Alto	Respaldándonos en el resultado del Diagnóstico de archivo central donde se determinara realizado por parte de los funcionarios el colapso de dicha dependencia y se dejara un acta donde se le manifiesta el estado de la dependencia y se presentara a los miembros del comité de archivo a nivel institucional para tomar las decisiones pertinentes respecto al caso.	Se realizara el reporte del diagnóstico a través de un acta con su respectivo informe en la tercera semana de junio y se realizara el cierre en la tercera semana finalizando vigencia	Se realizara el reporte del diagnóstico a través de un acta con su respectivo informe , se realizara el cierre en la tercera semana finalizada	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad del control ya que se evaluó una accion distinta a la establecida	Se evidencia que se está trabajando en el manejo del archivo central sin embargo no se presenta seguimiento ni evidencias del cumplimiento de la acción propuesta. Se recomienda al proceso realizar una verificación y ejecutar las acciones tal como están establecidas-
Gestión Documental	Seguridad Digital	Perdida de confidencialidad Debido a inadecuada configuración de roles y permisos en el sistema de gestión documental	Desactualización de la base de datos de los jefes de cada una de las dependencias La falta de continuidad del personal contratado que realiza la radicación.	Los funcionarios de oficina gestión documental (ventanilla única) realizaran semestral mente la actualización y verificación de los líderes de los procesos de la institución.	Moderado	El líder del proceso de gestión documental y profesional universitario de apoyo garantizara la capacitación del personal que a través del aplicativo HERMENSOFTE ingresa la información donde se evidencia el registro de la documentación interna y externa de la institución, de cumplimiento y satisfacción en la prestación de servicio, en el primer y tercer trimestre. La acción preventiva reportada en el acta de seguimiento es diferente a la establecida en el mapa de riesgos "Los funcionarios de oficina gestión documental (ventanilla única) realizaran semestral mente la actualización y verificación de los líderes de los procesos de la institución." https://unipamplonaedu-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/sig_unipamplona_edu_co/ETCn9YrwMHJBnrvnqdOTmYB7lpD5cFtbD7Zr	Esta capacitación se realizará a inicio del primer trimestre y segundo se, por parte de profesional universitario de gestión documental (ventanilla única). Se evidenciara en acta de grupo de mejoramiento del proceso donde se evidencia la entrega oportuna de cada comunicación radicada	Se realizará un acta de consolidación de los radicados realizados durante la vigencia a final de la vigencia (tercera semana de diciembre).	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad del control ya que se evaluó una accion distinta a la establecida	Se presenta como evidencia la relación del control y seguimiento en el aplicativo y medio físico los radicados generados. Aplicativo HERMENSOFTE, pero No se presenta seguimiento ni evidencias del cumplimiento de la acción propuesta. Se recomienda al proceso realizar una verificación y ejecutar las acciones tal como están establecidas-
Gestión Documental	No Discriminación	Falta de Sensibilización en Diversidad de Género Falta de Sensibilización en Diversidad de Género	Exclusión de personas LGBTQIA+ y perpetuación de estereotipos. Mayor vulnerabilidad a situaciones de acoso o violencia.	Aceptación a la diversidad de genero	Leve	Solicitar a capacitación a la oficina de atención al ciudadano a los funcionarios de gestión documental y archivo.	en la primer trimestre y se dejara constancia de la capacitación / acta de las partes interesas	tercer trimestre y se ajara constancia de la retroalimentación / acta de las	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad de la acción ya que no se presentaron evidencias.	Según la información descrita en el acta la capacitación se solicitó pero no se ha realizado, sin embargo no se cargo evidencia de su ejecución
Gestión presupuestal y contable	Corrupción	Realizar trámites de los certificados de disponibilidad presupuestal CDP, Registros Presupuestales RP y Causaciones de Pago sin los soportes respectivos para el favorecimiento de terceros.	La realización de trámites de Certificados de Disponibilidad Presupuestal CDP, Registros Presupuestales RP y causación de pago sin la debida autorización o documentos soportes, puede resultar en irregularidades o incumplimientos de normativas, lo que compromete la integridad y transparencia del proceso.	Los funcionarios encargados de cada proceso se encargan de verificar que la documentación este completa en el momento de recibir la solicitud.	Moderado	Los funcionarios que tienen a cargo estos procesos de apoyo realizarán la revisión de los documentos adjuntos cada vez que se radique una solicitud, con el fin de identificar que solicitudes carecen de documentación. A toda solicitud se le da respuesta mediante correo electrónico, teniendo en cuenta, las observaciones.	Trimestral	Trimestral	Cada vez que se recibe una solicitud, se realiza la revisión de todos los documentos requeridos, si en alguno de la falta alguna información de devuelve la solicitud detallando que es lo que hace falta Evidencia: Solicitud enviada mediante correo electrónico (VER ANEXO)	El indicador clave de control es efectivo, al finalizar el último seguimiento se medirá el indicador clave de riesgo.	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda que en el último seguimiento se verifique la efectividad de la acción
Gestión presupuestal y contable	Gestión	Falta de acompañamiento en el proceso de registro de los documentos soporte para legalización de las cajas menores en el sistema Gestasoft	Demora en la legalización de la caja menor y una inadecuada alimentación de la información contable	El aplicativo GESTASOFT tiene un histórico de los movimientos que se ejecutan, permitiendo identificar errores al momento de realizar una inscripción y quien la realizó.	Moderado	Cada que ingresa nuevo personal encargado de esta tarea, los funcionarios encargados del proceso de llevar a cabo la legalización de las cajas menores, se encargan de capacitar a las personas que solicitan la apertura de cajas para que puedan registrar en el sistema Gestasoft a la hora de cargar las facturas para la respectiva legalización, las capacitaciones se evidenciarán mediante actas.	Semestral	Semestral	Cada vez que se va a realizar una apertura de caja, se especifica y se sugiere a cada dependencia que, la persona encargada de la caja menor debe solicita solicitar la respectiva capacitación antes de realizar cualquier compra. Evidencias: En el segundo cuatrimestre no se ha realizado apertura de cajas menores, sin embargo se han realizado asesorías de manera telefónica.	El indicador clave de control y clave de riesgo es efectivo	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda que en el último seguimiento se verifique la efectividad de la acción
Gestión presupuestal y contable	Seguridad Digital	No actualización de contraseñas y roles del aplicativo GESTASOFT después de la salida de personal de la oficina	Perdida de información y no tener un control sobre ella	El líder del proceso se encarga de cambiar las contraseñas y eliminar los roles de acceso al sistema cada vez que un funcionario pierda el vínculo con la oficina	Moderado	Cada vez que haya rotación en el personal el líder de proceso enviará correo a la dependencia encargada para que se tenga en cuenta la novedad y se quiten los permisos a las personas que ya no hacen parte de la oficina.	Semestral	Semestral	En el último año no ha habido cambio de personal, por lo tanto, no ha sido necesario hacer cambios de contraseña.	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	La acción se ejecutará cuando se presente la rotación del personal

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión presupuestal y contable	Contable	Aplicación Inadecuada de las políticas contables por parte de las dependencias que afectan la información contable	La realización de actividades adicionales de depuración de datos por parte del proceso contable. La información contable registrada en el sistema GESTASOFT puede presentar posibles errores en la presentación económica de la Institución.			La oficina de contabilidad y presupuesto capacitará a las dependencias que intervienen y tienen políticas contables a cargo, como evidencia se presentará un acta de reunión de cada capacitación.	Una vez al año	Una vez al año	Aún no se ha realizado la capacitación de este año	La efectividad de la acción se medirá cuando esta se ejecute.	Se encuentran dentro de las fechas establecidas para su ejecución
Gestión presupuestal y contable	No Discriminación	Inexistencia o ineficiencia de canales para reportar discriminación	Subregistro de casos de discriminación e inequidad. Repetición de conductas discriminatorias por falta de consecuencias. Impacto negativo en la salud mental y emocional de las víctimas.	El proceso gestión presupuestal y contable cuenta con dos indicadores de calidad, Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas y Medición de la Satisfacción del Cliente	Alto	Trimestralmente el proceso debe reportar a la oficina de atención al ciudadano el diligenciamiento de los indicadores, obteniendo como resultado un informe que la misma envía, Hay que tener en cuenta que el indicador de satisfacción al cliente se mide de manera semestral.	Trimestral	Trimestral	El proceso gestión presupuestal y contable cuenta con dos indicadores de calidad, Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas y Medición de la Satisfacción del Cliente. Evidencia; Se anexa el reporte generado por la oficina de atención al ciudadano, donde se detalla en los PQRSDF y reporte consolidado encuestas de satisfacción del producto/servicio de las partes interesadas.	No es posible medir la efectividad de la acción ya que la actividad establecida no mitiga el riesgo	La acción se ha ejecutado tal como esta establecido, se evidencia que no se han recibido quejas sobre este tema. se recomienda al proceso hacer un análisis sobre el riesgo y la acción establecida.
Gestión proyectos	Gestión	Incumplimiento en la entrega del acta de liquidación o terminación por parte del director, coordinador y/o gerente de un proyecto.	No contar con la(s) experiencia(s) requerida de manera oportuna en el momento de postularse a una nueva convocatoria. No contar con el documento soporte para realizar la respectiva actualización del Registro Único de Proponentes (RUP) de la Universidad de Pamplona.	Se cita en el procedimiento PIS.GP-01 Gestión de Proyectos y Seguimiento a Convenios y/o Contratos, que los Gerentes, Coordinadores o directores, deben gestionar ante el contratante la expedición del acta de liquidación y posterior entrega a nuestra dependencia, ya que es requerida como requisito para la actualización del REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP). Acto administrativo y/o documento con las responsabilidades de los gerentes y/o responsables del convenio o contrato	Moderado	Envío de comunicación a cada uno de los directores y/o coordinadores, solicitando el estado y/o el acta de liquidación de cada uno de los proyectos.	1 vez al trimestre	1 vez al trimestre	Seguimiento mediante FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 14 de agosto del 2025 Evidencia: Anexo 1	A pesar de adjuntar evidencias, e proceso no describe la efectividad y logro de las acciones	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida, se recomienda que en el ultimo seguimiento se verifique la efectividad de la acción
Gestión proyectos	Gestión	Información desactualizada o carencia de información del proyecto para la toma de decisiones	Informes desactualizados solicitados por el Rector o demás organismos que puedan generar decisiones inadecuadas Investigaciones disciplinarias Sanciones de entes de control	Se cita en el procedimiento PIS.GP-01 Gestión de Proyectos y Seguimiento a Convenios y/o Contratos, que la oficina de Gestión Proyectos solicitará a los Coordinadores, Directores, Gerentes o responsables de los proyectos, la entrega de estos informes a través del correo	Moderado	Solicitar al CIADTI la mejora para validar en la herramienta SPY que los coordinadores, gerentes y/o directores cumplan con el objeto contractual del proyecto o convenio y queden a paz y salvo con el proceso administrativo, técnico y financiero interno.	1 vez al trimestre	1 vez al trimestre	Seguimiento mediante FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 14 de agosto del 2025 Evidencia: Anexo 2	A pesar de adjuntar evidencias, e proceso no describe la efectividad y logro de las acciones	La acción se ejecutó tal como está establecida sin embargo no ha sido efectiva ya que el Ciadti indica que no cuenta con el personal necesario para su ejecución.
Gestión proyectos	No Discriminación	Falta de presencia institucional en las zonas vulnerables del territorio Nacional	Desconocimiento de los servicios institucionales y cobertura en las zonas de conflicto armado.	Número de convocatorias locales, regionales y nacionales para hacer presencia en las zonas vulnerables del conflicto armado.	Moderado	Revisar el cumplimiento trimestralmente, o cuando haya cambios significativos en la normativa o en las condiciones de trabajo que lo requieran. Por otro lado, será comunicada a todas las partes interesadas a través de: Reuniones informativas y/o capacitaciones Correo electrónico Publicaciones en la intranet institucional.	1 vez al trimestre	1 vez al trimestre	Seguimiento mediante FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 14 de agosto del 2025: Para este riesgo no se presenta ningún cambio dentro de la normativa o en las condiciones de trabajo que lo requieran. Cualquier novedad será informada por los diferentes medios de comunicación.	A pesar de adjuntar evidencias, e proceso no describe la efectividad y logro de las acciones	Se recomienda realizar un análisis de la acción y el riesgo establecidos ya que este ultimo tal como esta descrito no es competencia del proceso

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	Corrupción	Favorecer a terceros en los trámites adelantados en el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación "Reconciliémonos"	Daños por acción u omisión de los involucrados en cada uno de los casos, demandas, sanciones e investigaciones disciplinarias	1. El grupo de mejoramiento y el líder encargado del Consultoría Jurídico y Centro de Conciliación establecen las actividades necesarias para la planificación y organización del servicio a través del Procedimientos documentado. 2. El grupo de mejoramiento y el líder encargado establecen los controles necesarios para la prestación del servicio a través de los formatos para la ejecución de las audiencias los cuales son diligenciados por los responsables quedando como evidencia sobre el cumplimiento de las actividades.	Bajo	1. Realizar seguimiento (en el formato correspondiente) por parte de los asesores del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación a cada caso que le ha sido asignado, con el fin de garantizar la prestación del servicio y/o detectar algún caso de favorecimiento a terceros, de lo contrario dejar evidencia de notificación a la Dirección del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación con el fin de iniciar el proceso disciplinario correspondiente. 2. Realizar capacitación dirigida a los estudiantes de Consultorio Jurídico sobre la ley 1952 del 2019, sobre las posibles sanciones disciplinarias. 3. Controles administrativos a cada uno de los procesos, particularmente en sus etapa de inicio y fin.	Son actividades de control permanente y/o periódico conforme a su naturaleza y trámite	Son actividades de control permanente y/o periódico conforme a su naturaleza y trámite	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	La acciones han sido efectivas en la mitigación del riesgo	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	Corrupción	Favorecimiento a estudiantes con las notas asignadas en Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación	Las notas se entregan en físico y por correo a la dirección de Consultorio Jurídico; cada formato de seguimiento del asesor es cargado al one drive. El cambio de nota solo se realiza cuando media causa justificada.	Las notas se entregan en físico y por correo a la dirección de Consultorio Jurídico; cada formato de seguimiento del asesor es cargado al one drive. El cambio de nota solo se realiza cuando media causa justificada.	Bajo	1. Recopilación y socialización de notas de forma presencial firmando el formato de socialización respectivo y el acta de socialización, los cuales se allegarán a la dirección del Consultorio de forma física para su respectiva consolidación. 2. Cargue de formatos de seguimiento del asesor al one drive. 3. Cambio de notas solo con causa justificada.	Mínimo dos veces por período académico, máximo tres	Mínimo dos veces por período académico, máximo tres	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	La acciones han sido efectivas en la mitigación del riesgo	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	Gestión	Clasificación y depuración de los archivos de gestión que reposan en el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación	1. Posibilidad de pérdida de la información histórica del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación 2. Quejas por el no suministro de información 3. No cumplimiento de los parámetros requeridos por la norma técnica NTC 5906 del 2012 y la Ley de Archivo, 4. Sanciones e Investigaciones	Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención aprobadas cuando se generaron los documentos.	Moderado	1. Solicitar a la oficina de Almacén e Inventario el suministro de insumos para la clasificación de las series documentales 2. Realizar la digitalización de los expedientes del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación 3. Realizar el proceso de clasificacicación de archivo y expedientes de acuerdo a los términos establecidos.	22 de enero de 2025	19 de diciembre de 2025	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	LA efectividad de la acción se medirá en el ultimo seguimiento	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se esta ejecutando tal como esta establecida
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	Gestión	No contar con la Contratación de personal administrativo para el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación en los periodos intersemestrales	1. No se podrá garantizar a los usuarios la continuidad en la prestación de los servicios 2 No se efectuaría el correspondiente reparto, sustitución o archivo de los asuntos 3. No se brindaría la atención requerida a los estudiantes miembros activos del Consultorio Jurídico 3. Los procesos administrativos se retrasan generando posible no conformidades.	1. El líder del proceso realiza la gestión y diligenciamiento de formatos de vinculación ante las instancias pertinentes	Bajo	Sustentar ante la alta dirección la necesidad de continuar con la prestación del servicio de Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación de acuerdo a los parámetros establecidos en la ley 2113 del 2021. 2. Realizar los requerimientos con antelación en aras de evitar una fragmentación en los procesos desarrollados en Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación	13 de enero de 2025	26 de diciembre de 2025	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	La acción es efectiva ya que se realizó la contratación del personal requerido	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se ejecutó tal como esta establecida

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	Seguridad Digital	Perdida de información de gestión y mal uso de datos sensibles consolidados en la atención al público y en la representación de terceros	1. Pérdida de información por indebido almacenamiento y gestión interna. 2. Mal uso de datos sensibles e información confidencial recopilada en los procesos de atención a los usuarios y representación de terceros.	1. Apoyar a la gestión del proyecto que busca brindar soluciones tecnológicas para el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación "Reconciliémonos". 2. Bloquear los acceso de los estudiantes que entregan los procesos por sustitución, son suspendidos o cancelan su práctica, con el fin de que no accedan a las carpetas digitales que contienen toda la documentación relativa a los procesos en etapa judicial o administrativa	Bajo	1. Se crearán almacenamientos en SharePoint y/o drive para la conservación de la información en los correos institucionales de uso de la dependencia, evitando que se pierda esta información en caso de que cambie el personal. 2. Continuar con el apoyo a la gestión y desarrollo del proyecto que busca brindar soluciones tecnológicas para el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación "Reconciliémonos"	Siempre que sea requerido por las docentes encargadas del proyecto	Siempre que sea requerido por las docentes investigadoras y encargadas del proyecto	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	La acción es efectiva ya la información se encuentra salvaguardada en dos sistemas diferentes	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se ejecutó tal como esta establecida
Gestión, servicio y práctica jurídica académica	No Discriminación	Discriminación en los entornos de atención al público y/o estudiantes	1. No se cuenta con espacios físicos acordes para garantizar la accesibilidad y confidencialidad de todos los usuarios del servicio. 2. No se cuenta con rutas de apoyo o de gestión para la atención de personas en situación de discapacidad y que requieran algún tipo de apoyo en su comunicación (Lengua de señas Colombiana).	1. Se han adaptado rampas de acceso y sillas de traslado en las escaleras para facilitar el acceso a las instalaciones. 2. Se han señalado todos los espacios en braille, para facilitar la ubicación de las personas no videntes.	Bajo	1. Se debe construir o iniciar con la construcción de los protocolos de atención para cada una de las posibles situaciones que se presenten en relación con este riesgo. 2. El líder del proceso debe requerir a la autoridad competente las adecuaciones locativas a que haya lugar, con el fin de mitigar el riesgo.	03 de marzo de 2025	20 de diciembre de 2025	Se adjunta FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 12 de julio del 2025 pero no se evidencia seguimiento y evidencias que determinen el cumplimiento de las acciones	La acción es efectiva ya que se creó el consultorio púrpura el cual esta enfocando en la atención basada en género	Según el acta de seguimiento adjunta la acción se ejecutó tal como esta establecida
Granja Experimental Villa Marina	Corrupción	Malversación, apropiación o destinación indebida de recursos públicos.	1. Sanciones legales y disciplinarias. 2. Sanciones administrativas y legales a los funcionarios directos por el indebido manejo de los dineros públicos. 3. Detrimento del patrimonio institucional	Aplicación del procedimiento PGA.GR 27 Comercialización Granja Experimental Villa Marina. Aplicación del procedimiento FGA.GR-09 control de alimentación y aplicación del procedimiento FGA.GR-31 control de producción láctea. El profesional de la Granja Experimental Villa Marina reporta mensualmente los pagos a la oficina de pagaduría y tesorería a través de FPT-12 Reporte de Pagos. El profesional de la oficina de pagaduría realiza arqueos de caja del software GESTASOTF con consignaciones bancarias BANCOLOMBIA. Los profesionales de la oficina de activos fijos e inventarios. Consejo de Granja en informes de gestión.	Bajo	El Comité de Granja realiza auditoria interna cada cuatrimestre de informes de gestión, de producción y ventas, reportes de pago, memorandos de arqueo de caja y actas de inventario, quedando constancia en acta de reunión.	Enero 2025	Diciembre de 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Granja Experimental Villa Marina	Gestión	Pérdidas de producción agrícolas y semovientes y/o deterioro de equipos e instalaciones por falta del recurso humano o financiero	1. Disminución de índices productivos agrícolas y pecuarios de la granja. 2. Pérdida de productos agrícolas y pecuarios. 3. Pérdida de equipos por falta de mantenimiento. 4. Daños en las instalaciones por condiciones climáticas.	Mantenimiento de áreas de cultivo , técnicas de conservación de alimento, implementación de cultivos hidropónicos, adjudicación de caja menor, contratación de profesionales en áreas agropecuarias, prevención sanitaria y contratación de operarios y personal específico.	Moderado	1. El comité de granja aprueba de forma semestral el cronograma de mantenimiento y adecuación de áreas e infraestructura, quedando en acta de reunión. 2. El director de Granja gestiona mensualmente por comunicación física a la oficina de control interno el monto y uso de la caja menor de acuerdo a la necesidad del gasto. 3. El director de Granja cada semestre a través de comunicación escrita y/o electrónica gestionará la contratación de profesionales en áreas agropecuarias. 4. El director de la granja informa sobre el mantenimiento y adecuación de infraestructura y equipos cada semestre.	Enero 2025	Diciembre de 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.
Granja Experimental Villa Marina	Gestión	Posibilidad de no llevar a cabo procesos misionales de academia, investigación e interacción social	Incumplimiento del objetivo de la granja de apoyo a la gestión académica, de investigación e interacción social.	Diagnóstico del estado de la Granja Experimental Villa Marina, en lo concerniente a instalaciones, producciones pecuarias y agrícolas, sitios de práctica y laboratorios de anatomía y biotecnología.	Bajo	El Director de Granja gestionará ante la oficina de Planeación y Oficina de Recursos Físicos, a través de comunicación física y/o electrónica de forma semestral, el mantenimiento y adecuación de la Granja Experimental Villa Marina	Enero 2025	Diciembre de 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.
Granja Experimental Villa Marina	Gestión	Pérdida de información y documentos existentes en el repositorio digital de la Granja Experimental Villa Marina por la rotación de personal	1. Pérdida y uso indebido de la información. 2. Pérdida de control y seguimiento a procesos.	El Director de Granja controla los permisos de acceso a las plataformas institucionales de repositorio de información.	Bajo	El director de Granja gestionará anualmente la realización de una copia de seguridad de la información contenida en la plataforma institucional de repositorio de información y controlará los permisos de acceso a las plataformas quedando en acta interna los roles y responsabilidades	Enero 2024	Diciembre de 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.
Granja Experimental Villa Marina	No Discriminación	Posibilidad que los estudiantes con condiciones especiales no puedan participar adecuadamente en las prácticas de la granja experimenta Villa Marina, afectando su desarrollo académico y profesional.	1. Exclusión de las actividades prácticas esenciales para su formación, afectando su aprendizaje y desempeño académico. 2. Limitación para el ingreso al desarrollo de las prácticas académicas propias de los programas.	El profesional asistente técnico ejecuta el procedimiento PLA-02 "Prestación del Servicio de Laboratorio" , verificando el diligenciamiento del formato FLA-08 " evaluación de la práctica"	Bajo	El decano de la Facultad de Ciencias Agrarias solicita a través de correo electrónico al Director de Bienestar Universitario relación de los estudiantes de los programas de Medicina Veterinaria, Zootecnia y de Ingeniería Agronómica que tengan condición especial o movilidad reducida con el fin, de activar las rutas para el acceso a las actividades académicas propias de la facultad	Enero de 2025	Diciembre de 2025	EL PROCESO NO REPORTA INFORMACIÓN	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.
Planeación Institucional	Corrupción	Suministro de combustible para favorecimiento de terceros	Favorecimiento de intereses propios o particulares en el suministro combustible que con lleven a sanciones disciplinarias, investigación por peculado entre otros	Evidencias fotográficas antes , durante y después del suministro que envía en tiempo real	Bajo	El personal encargado del procedimiento de transporte realizará el contraste y verificación entre informe del contratista y las facturas allegadas por los responsables del tanqueo para determinar la veracidad de los datos	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Al momento de realizar el tanqueo se toma foto del tanqueo, del recibo y del automóvil, a fin de mes se cotejan los recibos con las fotos que envía la estación para verificar que el control este siendo efectivo. Evidencia: Inform tanqueos del trimestre	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la información presentada por el proceso la acción se ejecutó tal como esta establecida.
Planeación Institucional	Corrupción	Cambio de repuestos en favorecimiento de terceros	Favorecimiento de intereses propios o particulares en la apropiación de los repuestos de los vehículos	Informe de supervisor y autorización del jefe de la Oficina de Planeación	Alto	Actualizar el procedimiento y adecuar las mejoras establecidas - El supervisor del contrato de mantenimiento vehicular de la institución debe solicitar la entrega de los repuestos sujetos a cambio por parte del contratista, con el fin de dar de baja los mismos.	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Se relaciona informe con Control de Reemplazo de Piezas en Mantenimiento Preventivo y Correctivo durante el primer trimestre el cual tiene fotos de evidencia de los cambios realizados junto con las piezas remplazadas en los mantenimientos tanto correctivos como preventivos. Evidencia: Informe Control reemplazo de piezas 2do trimestre	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la información presentada por el proceso la acción se ejecutó tal como esta establecida.
Planeación Institucional	Corrupción	Favorecimiento de intereses propios o particulares por apropiación de material de consumo necesario para los procesos de mantenimiento y adecuación de infraestructura	Investigaciones penales, fiscales, detrimento al patrimonio, y deficiencia en la prestación del servicio	Uso de formatos FDE.PL-83 Asignación de materiales y herramientas y formato FDE.PL77 Asignación de maquinaria	Moderado	1.Diligenciamiento claro, correcto y veraz de los formatos FDE.PL-83 2.Asignación de materiales y herramientas y formato FDE.PL77 Asignación de maquinaria	segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Durante el cuatrimestre se diligenciaron los formatos FDE.PL-82 y FDE.PL77 Asignación de maquinaria para entrega de herramienta y maquinaria con el fin de llevar un control de los elementos utilizados en la adecuación mantenimiento de la infraestructura. Evidencia: Formatos FDE.PL-82 - Formatos FDE.PL-77	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la información presentada por el proceso la acción se ejecutó tal como esta establecida.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Planeación Institucional	Gestión	Posibilidad de imprecisión en el proceso de estudios y diseños de un proyecto.	1. Planos sin escala 2. Cantidades imprecisas 3. Desbalance presupuestal	Los profesionales técnicos del proceso de planeación física, cuenta con sus equipos de uso personal de medición	Moderado	El equipo de Planeación física realizará la Identificación de las necesidades de herramientas y otros materiales técnicos y de software necesarios para la mejora del proceso de Planeación Física, dejando evidencia en acta.	enero	febrero	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: El apoyo profesional del proceso de Planeación física realizará los requerimientos necesarios para la obtención de los elementos que se requieren para el cumplimiento de sus actividades, mediante estudio de conveniencia al ordenador del gasto	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó y se presenta en el informe el proceso de cotización y los proyectos a ejecutar
Planeación Institucional	Gestión	Posibilidad de imprecisión en el proceso de estudios y diseños de un proyecto.	1. Planos sin escala 2. Cantidades imprecisas 3. Desbalance presupuestal	Uso de licencias educativas de los software requeridos	Moderado	El apoyo profesional del proceso de Planeación Física realizará los requerimientos necesarios para la obtención de los elementos que se requieren para el cumplimiento de sus actividades, mediante estudio de conveniencia al ordenador del gasto.	mayo	junio	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: El procedimiento de Planeación Física está llevando a cabo el proceso de cotización con el fin de formalizar el requerimiento de las herramientas y los elementos indispensables para el buen desarrollo de las actividades de obra Evidencia: El procedimiento de Planeación Física está llevando a cabo el proceso de cotización con el fin de formalizar el requerimiento de las herramientas y los elementos indispensables	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó y se presenta en el informe el proceso de cotización y los proyectos a ejecutar
Planeación Institucional	Gestión	Cambio de condiciones iniciales de los proyectos	1.Cambio en los diseños 2.Ajustes en los presupuestos 3.Retraso en la formulación 4.Demora en los tiempos de entrega 5.Ajustes en la documentación del proyecto	Diligenciamiento y legalización de formatos. Solicitud FDE.PL-39, Acta de Visita FDE.PL-40, Acta de Conformidad FDE.PL-41.	Moderado	Los profesionales que apoyan el proceso de Planeación Física y las partes interesadas establecerán las condiciones definitivas de los proyectos en los formatos correspondientes, como se encuentra consignado en el procedimiento	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: -Para el segundo trimestre de la vigencia el proceso de Planeación física adelanta cinco proyectos de obra como lo fueron: 1. Construcción cancha multifuncional para la sede social Villa Marina de la Universidad de Pamplona 2. Construcción de un Box Culvert para la conducción del cauce de escorrentía en la sede Villa del Rosario de la Universidad de Pamplona 3. Remodelación de espacios físicos de los diferentes campus ubicados de la sede	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó y se presenta en el informe el proceso de cotización y los proyectos a ejecutar
Planeación Institucional	Gestión	Posibilidad de no atención a las solicitudes relacionadas a la garantía de las obras realizadas.	No solución oportuna de las afectaciones presentadas en las obras ejecutadas.	Emisión del Informe de visita y Concepto Técnico FDE.PL-40 al contratista, posterior a visita realizada por el personal técnico del proceso de Planeación Física.	Moderado	Los profesionales de Planeación Física, junto al supervisor de la obra realizarán la visita de inspección y verificación de afectaciones a la obra. Diligenciar y legalizar el FD.PL 40 con las observaciones encontradas en la visita Notificación al contratista de los hallazgos encontrados	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: -Para el segundo trimestre no se presentaron informes de visitas técnicas por parte de los funcionarios del procedimiento de Planeación Física. Evidencia: -Para el segundo trimestre no se presentaron informes de visitas técnicas por parte de los funcionarios del procedimiento de Planeación Física.	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la información presentada para el segundo trimestre nose presentaron visitas de tecnicas
Planeación Institucional	Gestión	Posibilidad de actos administrativos recurrentes a un contrato en ejecución.	Múltiples actos administrativos para un mismo contrato en ejecución.	Las partes interesadas plasman la necesidad y justificación técnica para la realización del acto administrativo. Los profesionales de planeación física diligenciaran y legalizarán con las partes interesadas los formatos correspondientes	Extremo	Mantener los controles existentes (Los imprevistos que se presentan en las obras son ocasionados por factores externos a la oficina de Planeación, por lo que se requiere mantener el procedimiento existente para poder evidencias la justificación técnica de los cambios)	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Para el segundo trimestre se reportaron imprevistos solo de una obra en ejecución, el cual se relaciona a continuación. Evidencia: 1. Contrato de obra N°BS021-2025 "CONTRATAR LA REMODELACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DEL CREAD NORTE DE SANTANDER DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA" Físico	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó y se presenta en el informe el proceso de cotización y los proyectos a ejecutar
Planeación Institucional	Gestión	Incumplimiento de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional y Plan de Gestión	Sanciones legales y disciplinarias	El jefe de la Oficina de Planeación y el profesional de apoyo continuará realizando la revisión del cumplimiento en el aplicativo SPEI, con el fin de identificar los indicadores del Plan de Gestión y del Plan de Desarrollo Institucional con porcentaje de cumplimiento menor al estipulado en la	Moderado	El jefe de la Oficina de Planeación y el profesional de apoyo continuará realizando la revisión del cumplimiento en el aplicativo SPEI, con el fin de identificar los indicadores del Plan de Gestión y del Plan de Desarrollo Institucional con porcentaje de cumplimiento menor al estipulado en la herramienta, para realizar el reporte en los Comité de seguimiento mensuales y así cada Líder del Pilar tome las medidas necesarias.	mensual	mensual	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Dado lo estipulado en la Resolución 751 del 30 de 2017 se hace seguimiento continuo en reunión los pilares Ahora Desafíos junto con la secretaría técnica y control interno de gestión. Evidencia: Citación a reunión de seguimiento mes de abril a julio de 2025.	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida se presenta la evidencia de citación a las reuniones de seguimiento.
Planeación Institucional	Gestión	Deterioro de la Infraestructura Física de la Universidad	1.Deterioro de la Infraestructura física de la Universidad, lo cual no permite garantizar un adecuado desarrollo de las actividades misionales de la institución. 2.Accidentes e incidentes 3.Pérdidas económicas	1.Actualización del plan de mantenimiento preventivo y correctivo 2.Seguimiento a los cronogramas establecidos para tal fin 3.Responder solicitudes dado el nivel de afectación de las instalaciones 4.Realizar mantenimientos oportunos 5.Realizar informe semanal de	Moderado	Mantener el informe de seguimiento y mantenimiento al plan de mantenimiento anual de la infraestructura física de la Universidad de Pamplona de la vigencia	Cuatrimestral	Cuatrimestral	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Se cuenta con 5 actividades para mitigar al máximo dicho riesgo, las cuales son: 1. Actualización del plan de mantenimiento preventivo y correctivo a 2025 2.Seguimiento a los cronogramas establecidos para tal fin 3.Responder solicitudes dado el nivel de afectación de las instalaciones 4.Realizar mantenimientos oportunos 5.Realizar informe semanal de las actividades ejecutadas según el plan de mantenimiento. Evidencia: 1 se anexan 2 solicitudes de vistas técnicas 1 se realiza y a otra se le da el concepto técnico 2 se anexan 3 informes	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ejecutó tal como esta establecida se evidencian los informes
Planeación Institucional	Seguridad Digital	Fuga de información	1.Fuga de información a terceros 2.Pérdida de la trazabilidad y/o historia del proceso	Actualización en el DRIVE de la dependencia de una carpeta para la vigencia por cada uno de los procesos	Moderado	Revisión y actualización del DRIVE trimestralmente	Marzo	Diciembre	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 091 del 1 de agosto del 2025: Por procesos se actualiza el Drive de la oficina Evidencia: Pantallazo Planeación Física Rendición de Cuentas	La efectividad se mide en el último seguimiento	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades							Código	FDE.PL-34 v.02	
								Página		

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Promoción Social Villa Marina	Corrupción	Posibilidad de inadecuado manejo de los dineros Públicos para fines personales o a favor de terceros	Sanciones administrativas y legales a los funcionarios directos por el indebido manejo de los dineros públicos.	1. Para el uso del servicio en la sede social deberá el usuario, 24 horas antes de la utilización del servicio realizará el pago a la Universidad de Pamplona cuenta de ahorros Bancolombia número 47679153052. Enviar por el WhatsApp pantallazo del l recibo con nombre claro y numero de cedula. a quien se le hace la reserva para el ingreso de la sede social Villa Marina.	Moderado	La directora de la sede social villa marina asignara a un funcionario para que realice seguimiento a las reservaciones y prestación del servicio, con visto bueno de la directora posterior a ello se encargara de hacer mediante el Formato FPT-12 v 0.1 (Reporte de Pagos), Anexando las Consignaciones y realizando la entrega semanal a la oficina de pagaduría con copia a control interno de gestión. mediante memorando, quedando la trazabilidad en el correo institucional de la sede social reservavillamarina@unipamplona.edu.co	4 reportes al mes desde el inicio de la apertura del servicio	ultima semana del mes de diciembre del 2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 08 del 30 de junio del 2025: Solicitud enviada mediante correo electrónico pagaduría y copia a control interno. Anexo Word de pantallazo de los correos de enero a marzo.	El indicador clave de control es efectivo, en el ultimo seguimiento se realizará la madición del indicador clave de riesgo.	La accion se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda para el ultimo seguimiento realizar un comparativo entre las reservas y los ingresos reportados, con el fin de establecer la efectividad de la acción.
Promoción Social Villa Marina	Gestión	Menor presencia de usuarios y atefacción en la prestación del servicio por la adquisición de bienes y servicios.	1.Afectación de la imagen de la Universidad de Pamplona a nivel interno y externo. 2. Quejas de los ciudadanos. 3. Afectan que los usuarios no quieran volver a la sede villa marina.	La directora de la sede social implementa a través de los funcionarios el mantenimiento de las zonas verdes, escenarios deportivos y lugares de hospedaje, con un periodo de ejecución diario y con revisión semanal en sitio por la líder del proceso	Bajo	la directora de la sede social realizara un informe semestral con el apoyo de un profesional universitario de la sede donde se plasmaran mediante evidencia fotográfica, fecha y hora y descripción detallada del trabajo realizado .	ultima semana del mes de junio del 2025	ultima semana del mes de diciembre del 2025	Seguimiento FAC-08 Acta de Reunión Nro. 08 del 30 de junio del 2025: Evidencia de material fotográfico de las diferentes acciones de desarrollo de la sede social villa Marina	No es posible medir la efectividad de la acción	En las evidencias presentadas por el proceso se observa la ejecución de algunas actividades de mejoras al interior de la sede, sin embargo no se evidencia el informe realizado por la directora de la sede, lo cual no permite establecer la efectividad de la acción, se recomienda para el ultimo seguimiento realizar el informe propuesto y medir su efectividad.
Promoción Social Villa Marina	No Discriminación	Visibilizar los procesos de inclusión, gestión social y herramientas de comunicación adecuadas que fortalezcan el posicionamiento de nuestra imagen institucional.	1.Afectación de la imagen de la Universidad de Pamplona a nivel interno y externo.	La directora de la sede social implementa a través de capacitaciones para los empleados para poder atender los diferentes tipos de personalidades del personal que nos visitan	Bajo	la directora de la sede social realizara un informe semestral con el apoyo de un profesional universitario de la sede donde se plasmaran mediante evidencia fotográfica, fecha y hora de las capacitaciones para el manejo de inclusión con respecto al personal que nos visite .	ultima semana del mes de junio del 2025	ultima semana del mes de diciembre del 2025	Para este riesgo no se reporta información	No es posible medir la efectividad de la acción	No es posible verificar la ejecución de la actividad ya que en las evidencias presentadas no se registra avance de esta acción , se recomienda dar ejecución a las acciones establecias con el fin de mitigar los riesgos identificados,
Secretaria General	Corrupción	Expedición de diplomas falsos, certificaciones, constancias, autenticaciones y fondos Negros para beneficio propio o de un tercero.	Checho Sanción Penal , Sanción Disciplinaria, Sanciones Penales	El jefe de oficina establece los funcionarios que dirigen la impresión diplomas y /o actas, coordina el proceso y firma la cantidad exacta de diplomas y/ o actas según lo establecido en el reporte de acta de la oficina de Admisiones, Registro y Control Académico para la impresión de diplomas, y para el proceso de duplicados de diploma por la aprobación del acta del Consejo Académico Universitario. realiza	Extremo	-La impresión de los diplomas se realiza en oficina de la Secretaria General para tener mayor control. - El jefe de oficina verifica el contenido y los soportes del documento a expedir y procede a la correspondiente firma de los diplomas, certificaciones, constancias, autenticaciones y, fondos Negros, y se registra la información en los libros de registros de diplomas y en los libros de actas de grado - las certificaciones constancias, autenticaciones y fondos negro llevan la firma del jefe de oficina	Segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 13 de agosto del 2025: El jefe de oficina a través de cada uno de los procesos, verifica cada uno de los certificados a expedir, firma el documento y se hace el respectivo envío. Evidencia: Se adjunta Lista de grados aprobados por el consejo académico como medida, y se procedo a imprimir y el líder de oficina procede a firmar la cantidad correspondiente aprobada por el Consejo Académico con un total de 128 egresados bajo Acta N° 756 del 25 de julio de 2025, programas de Pregrado Presencial Pamplona de 2025. (VER ANEXO VII) Se adjunta aprobación del Consejo Académico donde se informa	La efectividad se medira en el último seguimiento	Según la informaciónpresentada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda establecer en el último seguimiento un indicador que permita medir su efectividad

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Secretaría General	Gestión	Expedición de certificaciones, constancias, autenticaciones, fondos Negros, Actas de Grado y Duplicados de Diplomas y verificación de títulos sin los requisitos establecidos para la prestación de estos Servicios.	El incumplimiento a la normatividad establecida y el detrimento de los recursos financieros de la institución.	El jefe de oficina y el funcionario asignado verifica acorde a los requisitos establecidos en los procedimientos de expedición de certificaciones, constancias, autenticaciones, fondos Negros, Actas de Grado, Duplicados de Diplomas y verificación de título el cumplimiento de los requisitos y el valor establecido por la normatividad, cada vez que las partes interesadas hacen una solicitud de los servicios; de lo contrario se deja en medio escrito por medio de correo electrónico.	Bajo	El líder del proceso, verifica el contenido, los soportes de los documentos a expedir y la consignación por los valores establecidos de las certificaciones, constancias autenticaciones Fondos Negros, Actas de Grado, Duplicado de Diplomas y verificaciones de títulos. Se procede a realizar una revisión a cada plantilla, y se le solicita al funcionario hacer la respectiva impresión de los documentos y por último firma los mismos. - Se emite a la oficina de pagaduría un reporte a la semana por correo electrónico con las consignaciones.	Segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	FAC-06 Acta de Reunión Nro. 10 del 13 de agosto del 2025: Una vez que el líder del proceso verifica el contenido y firma las certificaciones procede a realizar el envío. En cuanto a los duplicados la Secretaría General hasta el día de hoy a expedido 37 duplicados, se adjunta informe total hasta 2024 y aprobado de duplicados de diploma de la última fecha de aprobación con el Consejo Académico como evidencia. De igual manera se envía cada semana a la oficina de Pagaduría el reporte de consignaciones, se adjunta formato y correo correspondiente. En cuanto al avance preventivo se logra establecer la medida correctiva.	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la informaciónpresentada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda establecer en el último seguimiento un indicador que permita medir su efectividad
Secretaria General	Gestión	Divulgación de información inexacta o errónea en los procesos de auditoría externa del MEN.	Sanción Disciplinaria	Realización de auditorías por parte de los entes de control externos sobre la información reportada.	Alto	El líder de la oficina y personal asignado para el reporte y verificación de los sistemas de información SNIES y SPADIES ejecutaran las acciones correctivas producto de la auditoria externa del MEN, consolidaran las evidencias del cumplimiento, avance o cierre de cada una de estas acciones por lo menos una vez al semestre a través de un informe general y	Segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 13 de agosto del 2025: Como acción preventiva y partiendo del punto de que la oficina de registro y control cierra el sistema para proceder a imprimir los listados en Secretaría General se realiza la verificación de la cantidad y se procede a imprimir. Cómo acción se verifica y si se encuentra algún error se procede a establecer el reporte a la oficina de Admisiones, Registro y control Académico para su corrección.	La acción a la fecha es efectiva	Según la informaciónpresentada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida
Secretaría General	Seguridad Digital	Error en el sistema de información para la expedición de actas e impresión de diplomas	Pérdida de material (Plantillas de diplomas y actas)	Revisión y buen manejo del sistema y reporte de errores a plataforma por medio del CAT, y envío de reporte de errores por medio de correo electrónico a la oficina de admisiones, registro y control académico	Alto	Revisión, buen manejo del sistema y reporte de errores a plataforma, e imprimir una vez corregidos los errores de datos del acta.	Segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 13 de agosto del 2025: Como acción preventiva y partiendo del punto de que la oficina de registro y control cierra el sistema para proceder a imprimir los listados en Secretaría General se realiza la verificación de la cantidad y se procede a imprimir. Cómo acción se verifica y si se encuentra algún error se procede a establecer el reporte a la oficina de Admisiones, Registro y control Académico para su corrección.	La efectividad se mide en el último seguimiento	Según la informaciónpresentada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida, se recomienda establecer en el último seguimiento un indicador que permita medir su efectividad
Secretaria General	No Discriminación	Falta de lenguaje inclusivo	Discriminación indirecta hacia personas con capacidad reducida. - Menor acceso a información educativa, laborales o sociales. - Sanciones legales o incumplimiento de normativas de accesibilidad.	El jefe de oficina solicita apoyo de interpretes de señas disponible para la posible atención de personas que lo necesiten, y solicita materiales y/o dispositivos para el apoyo de lenguaje incluyente, y así mismo solicita capacitación de expertos para el personal de la dependencia con temáticas de	Alto	El jefe de oficina solicita capacitación y fomenta la inclusión dentro de la dependencia, incorpora elementos y materiales de inclusión relacionados con los procesos de la dependencia para la atención de los usuarios que lo necesiten. - El jefe de oficina solicita capacitación y educación para todos los funcionarios para el manejo y tratamiento de la no discriminación y la inclusión.	Segunda semana de enero	Tercera semana de diciembre	FAC-08 Acta de Reunión Nro. 10 del 13 de agosto del 2025: Se da inicio a la gestión preventiva mediante la solicitud de capacitación y talleres enfocados a la inclusión, la no discriminación y la atención diferencial, y se pretende ir incorporando progresivamente elementos y materiales accesibles en los procesos de atención al usuario, la secretaria general se compromete a participar en actividades preliminares de sensibilización con el fin de avanzar positivamente hacia la construcción de un entorno laboral inclusivo y respetuoso. Evidencia: Se adjunta correo del 12/08/2025 de solicitud de	Aunque la acción se ejecutó a la fecha no ha sido efectiva,	Según la informaciónpresentada por el proceso la acción se ejecuta tal como esta establecida, sin embargo no se ha dado la capacitación por lo tanto se recomienda reiterar la solicitud y hacer seguimiento para que la misma sea efectiva.
Servicio de asistencia en tecnologías de información	Corrupción	La manipulación de información de forma fraudulenta sobre los aplicativos Academusoft y Gestasoft de la Universidad de Pamplona, en la gestión de privilegios a usuarios, para favorecimiento de terceros	1. Detrimento patrimonial 2. Perjuicio a la imagen institucional.	*La correcta aplicación por parte de los analistas de soporte UP del procedimiento PCA-13 Asignación y/o eliminación roles cada vez que reciban las solicitudes realizadas por el CAT. *Restricción de IP del personal encargado de Asignar roles de forma semestral *Depuración de usuarios de roles por parte de los analistas de Soporte UP validando que el personal tenga vinculación activa de forma semestral *Validación por parte del grupo de Desarrollo en el envío de correos de forma automática por la funcionalidad Vortal de forma semestral	Moderado	* Los analista de Soporte UP deben dar tramite a las solicitudes recibidas por medio del CAT, cambiando su estado y/o brindando respuesta por correo de forma periódica. *Verificación por parte del Coordinador de Desarrollo Tecnológico con los correos que envía automáticamente la funcionalidad de Vortal. *cada vez se asigne un rol a un usuario que contenga una funcionalidad crítica. *el analista de soporte debe realizar la respectiva depuración de roles semestralmente, validando que el personal que tiene acceso al sistema se encuentra vinculado y activo a la Universidad.	Cuarta semana de enero	Cuarta semana de diciembre		La acción a la fecha ha sido efectiva	Según lo descrito en el acta de seguimieto , la acción se ha ejecutado tal como está establecida.

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Servicio de asistencia en tecnologías de información	Gestión	Insatisfacción del cliente Interno y externo por demora al momento de brindar respuestas sobre el <u>uso y apropiación</u> de los aplicativos ACADEMUSOFT y GESTASOFT	1. Insatisfacción del cliente 2. Disminución de la calidad de la prestación del Servicio 3. Perjuicio de la imagen institucional	* Por medio de la Medición de la Satisfacción del Cliente *Por medio de la medición del Seguimiento del Servicio *Seguimiento del servicio de soporte por medio de la herramienta CAT y por medio del Irse , ya que este contiene la información de todos los clientes	Moderado	Este seguimiento se realiza con las IES que cuentan con un contrato activo, donde el analista de PMO apoyado por medio de un archivo Excel llamado PEMC e IRSE (Planeación, Ejecución, Monitoreo y Control) registra el seguimiento realizado con el cliente y/o analista.	Cuarta semana de enero	Cuarta semana de diciembre		La acción a la fecha ha sido efectiva	Según lo descrito en el acta de seguimieto , la acción se ha ejecutado tal como está establecida.
Servicio de asistencia en tecnologías de información	Seguridad Digital	Pérdida o fuga de información de nuestro cliente internos	1. Pérdida de confianza con los clientes. 2. Acceso a datos sensibles de otros usuarios. 3. Deterioro de los procesos internos , si la información recolectada con el tiempo se pierde bien sea por errores tecnológicos o fallas humanas, se verán afectados cada uno de los procesos internos.	Elaboración de copias de seguridad, a cargo del líder del proceso, mensualmente.	Moderado	Los analistas de PMO y el líder del proceso realizan seguimiento y registro de las copias de seguridad elaboradas, adicional realizar una clasificación de la información , con el fin de darle el trato adecuado a cada una de ellas y la vida útil de la misma.	Cuarta semana de enero	Cuarta semana de diciembre		La acción a la fecha ha sido efectiva	Según lo descrito en el acta de seguimieto , la acción se ha ejecutado tal como está establecida.
Servicio de asistencia en tecnologías de información	No Discriminación	Exclusión digital de estudiantes y empleados en situación de vulnerabilidad.	Consecuencias: Desventaja competitiva Pérdida de oportunidades de aprendizaje inclusivo.	Ninguno	Moderado	1.reuniones de acercamientos con atención al ciudadano y la oficina de prensa. 2.analisis de la normativa de accesibilidad y no discriminación. 3.Definicion de estrategias de mejora de acuerdo con los recursos institucionales proporcionados	Cuarta semana de enero	Cuarta semana de diciembre		La acción a la fecha ha sido efectiva	Según lo descrito en el acta de seguimieto , la acción se ha ejecutado tal como está establecida.
Sistema integrado de gestión	Corrupción	Manipulación de la información documentada de los procesos y el Centro Interactivo para favorecer acciones administrativas y disciplinarias	Sanciones legales y disciplinarias.	Establecimientos de acta de grupo mejoramiento del proceso para cualquier movimiento en la información documentada. Revisión de soportes como listados maestros de documentos al realizar las actividades de validación. Se formula un acta al interior de grupo de mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión una vez aprobada la radicación. Solo un (1) gestor de calidad maneja el centro interactivo del	Moderado	El coordinador del SIG y el personal asignado de realizar la revisión detallada de la información documentada expedirá acta de validación al proceso y correos electrónicos que evidencian la trazabilidad de la información documentada publicada en el Centro Interactivo	En las fechas de solicitud de validación de documentación por parte de los procesos	En las fechas de validación de documentación por parte de los procesos	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: Durante el Segundo cuatrimestre del 2025 se ha realizado el proceso de Validación de los siguientes procesos: -Proceso de Contratación: 6 de mayo – Acta de Reunión 009. Gestión de Laboratorios: 23 de mayo del 2025 - Acta de Reunión 010. -Planeación Institucional: 10 de julio del 2025 – Acta de Reunión 011. El proceso de validación documental empieza con la recepción de la solicitud mediante correo electrónico, una vez revisada se responde mediante memorando con correcciones o con memorando solicitando la impresión de los documentos validados, finalmente, cuando se reciben los documentos impresos, se proceden a actualizar en el subportal del sistema integrado de gestión y se emite el acta de validación al proceso solicitante. Evidencia: Ver carpeta:	La efectividad se medirá en el ultimo seguimiento	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida, sin embargo no es posible medir su efectividad ya que no se cuenta con una estadística que lo permita ver, se recomienda en el último seguimiento realizar la medición para poder establecer la efectividad del control
Sistema integrado de gestión	Gestión	Pérdida de la certificación de Calidad basada en la norma NTC ISO 9001:2015	1.Deterioro de la normalización de los procesos y programas académicos	El equipo de trabajo del Sistema Integrado de Gestión realiza control y seguimiento a los procesos de la Universidad de Pamplona con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en las		El equipo de trabajo del SIG proyectará al inicio del año la planificación institucional relacionada con el mantenimiento del sistema, dicho instrumento se elabora basado en el diagnóstico de la gestión del año anterior para su optimización, la evidencia de su construcción quedará consignada en acta para su posterior socialización y/o difusión	Segunda semana del mes de febrero	Segunda semana del mes de febrero	Acción ejecutada	La efectividad se medirá en el último seguimiento	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida manteniendose la certificación

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Sistema integrado de gestión	Gestión	Pérdida de la certificación de Calidad basada en la norma NTC ISO 9001:2015	1.Deterioro de la normalización de los procesos y programas académicos	la norma ISO 9001:2015 en las fechas establecidos en el FAC-23 Igualmente se realiza seguimiento y control periódico a los planes de mejoramiento producto del proceso de autoevaluación de los programas académicos de pregrado y posgrado.	Moderado	En las fechas establecidas en la planificación del SIG se realizaran las reuniones de control y seguimiento a los procesos y programas académicos de manera personalizada, dejando evidencia a través de correos electrónicos de las acciones a mejorar o recomendaciones por cualquiera de los compromisos establecidos con el SIG.	Por lo menos 1 durante al cuatrimestre	Por lo menos 1 durante al cuatrimestre	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: Mediante circular 011 del 29 de julio del 2025 se remitió solicitud a los procesos para iniciar el seguimiento a los compromisos. En circular 012 se envía estado de la verificación y seguimiento a los procesos realizada desde la administración del SIG. Evidencia: Ver carpeta Seguimiento a los procesos Anexo_2	Acción no efectiva: a pesar de dar cumplimiento a la actividad establecida varios de los procesos siguen incumpliendo los compromisos correspondientes	La acción se h ejecutado tal como esta establecida, sin embargo los proceso no cumplen todos con sus compromisos.
Sistema integrado de gestión	Gestión	Pérdida de la certificación de Calidad basada en la norma NTC ISO 9001:2015	2.Pérdida de credibilidad de los procesos sobre el Sistema Integrado de Gestión	El equipo de trabajo del Sistema Integrado de Gestión en el FAC-23 Plan de Trabajo establece todas las acciones necesarias para el mantenimiento del sistema de calidad. El equipo de trabajo del Sistema Integrado de Gestión consolida de forma periódica los indicadores de gestión, PORSD		En las fechas establecidas en la planificación del SIG continuar desarrollando las reuniones con los miembros del equipo operativo MECI, como mecanismo y espacio de capacitación, socialización y difusión de diferentes actividades relacionadas con la mejora del SIG, dejando evidencia en actas de reunión y demás documentos tratados.	1 vez al cuatrimestre	1 vez al cuatrimestre	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: Durante el segundo cuatrimestre del año se ha realizado 1 reunión con el equipo operativo MECI el 12 de mayo del 2025 dejando evidencia en acta de reunión Nro. 03. Evidencia: Ver carpeta Equipo MECI Anexo_3	La efectividad se medirá en el último seguimiento	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida. La acción se establecerá efectiva en el momento en el que se reciba la recertificación
Sistema integrado de gestión	Seguridad Digital	Pérdida de información digital(usuarios, contraseñas y documentos)	Perdida de la información de la oficina en custodia de archivo de gestión.	El profesional responsable del archivo de la Oficina de del Sistema Integrado de Gestión, solicita al equipo técnico del CIADTI la revisión del equipo de cómputo con la finalidad de verificar que el ordenador se encuentre en óptimas condiciones y no presente ningún tipo de malware	Moderado	La profesional responsable del archivo del Sistema Integrado de Gestión realizará copias de seguridad de la información digital por lo menos una vez al semestre, con el fin de contar con respaldos de la información, dejando evidencia de su cumplimiento en acta de grupo de mejoramiento.	Cuarta semana de Junio, tercera semana de diciembre	Cuarta semana de Junio, tercera semana de diciembre	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: La información del proceso reposa en el SharePoint y OneDrive como mecanismos establecidos por la universidad para disponer de información en la nube	La acción a la fecha era efectiva	La acción se ejecuta tal como esta establecida pero por problemas no previstos con el proveedor del servicio no seguirá siendo efectiva. Se recomienda al proceso iniciar con otro método diferente para salvaguardar la información
Sistema integrado de gestión	Seguridad Digital	Pérdida de información digital(usuarios, contraseñas y documentos)	Perdida de la información de la oficina en custodia de archivo de gestión.			El coordinador de la Oficina del Sistema Integrado de Gestión solicitará a la oficina del CIADTI por medio de correo electrónico la Solicitud de Servicio de Mantenimiento y/o concepto técnico de los equipos de cómputo asignados al SIG, con la finalidad de verificar que el ordenador se encuentre en óptimas condiciones y no presente ningún tipo de malware.	mes de febrero	mes de febrero	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: Se solicitó a través de correo electrónico al área correspondiente realizar el mantenimiento de los equipos. Nota: Se aclara que los equipos actualmente asignados no requieren concepto técnico, dado que se encuentran en óptimas condiciones para continuar con su uso. Evidencia: Correos electrónicos de solicitud Anexo_4	Acción efectiva debido a que los equipos fueron arreglados y adecuados para el nuevo personal de la oficina, su funcionamiento ha sido optimo	La acción se ha ejecutado tal como esta establecida.
Sistema integrado de gestión	Gestión	Fuga del conocimiento tácito de la entidad	Pérdida de productividad Reducción de la satisfacción de los usuarios, Desmotivación de los empleados Retroceso en los procesos Aumento de riesgos en la solución de problemas y toma de decisiones No disponibilidad de la información, pérdida de memoria organizacional	Los líderes de proceso y grupos de mejoramiento establecen procedimientos e información documentada bajo el sistema de gestión de la calidad, con revisión periódica sobre su pertinencia con respecto a la realidad del quehacer diario Le proceso de talento humano establece el procedimiento de recepción y entrega de cargos de los trabajadores por nómina o libre nombramiento y remoción El proceso de gestión documental establece el Programa anual de Gestión Documental y las tablas de retención documental, repositorio de información física, digital con respecto a los aplicativos construidos	Moderado	El SIG con el apoyo de los líderes de procesos y grupos de mejoramiento, establecerán la matriz de gestión del conocimiento y lecciones aprendidas institucional para la consolidación de la información general y su respectiva discusión y apropiación, actualizando el sitio web establecido para este fin.	Segunda semana de agosto	Segunda semana de agosto	Acción no ejecutada	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.

	Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades	Código	FDE.PL-34 v.02
		Página	

Seguimiento No. 2

Fecha:

15 septiembre de 2025

Consolidado Mapa de Riesgos						Acciones preventivas			Seguimiento del control (acción)- 2do SEGUIMIENTO	Efectividad del Control (acción) - 2do SEGUIMIENTO	Evaluación del proceso de Control Interno - 2do EVALUACIÓN
PROCESO	Tipo de riesgo	Riesgo	Consecuencias	Control	Nivel Residual	Acción	Fecha de inicio	Fecha final			
Sistema integrado de gestión	Gestión	Fuga del conocimiento tácito de la entidad	Perdida de productividad Reducción de la satisfacción de los usuarios, Desmotivación de los empleados	por la Universidad de Pamplona Diseño, implementación y mejora de sistemas de información para la gestión de los procesos y de la gestión documental		El SIG diseñará el acto administrativo de la política de gestión del conocimiento acorde a los requerimientos normativos de la NTCISO 9001:2015 para su revisión por el proceso de Asesoría Jurídica y aprobación por la Alta Dirección	Ultima semana de Octubre	Ultima Semana de Octubre	Acción no ejecutada	No es posible medir la efectividad ya que no se reporto información	No se presenta información, se recomienda al proceso ejecutar las acciones tal como estan establecidas y presentar la evidencia de su ejecución.
Sistema integrado de gestión	No discriminación	Políticas de inclusión incompletas o mal aplicadas.	Exclusión de personas pertenecientes a minorías o grupos vulnerables. Incremento en quejas y denuncias contra la organización. Pérdida de confianza y reputación de la institución frente a sus partes interesadas.	Actualmente la universidad de pamplona cuenta con un protocolo de atención al ciudadano, el cual brinda las directrices de como atender a los diversos grupos poblaciones de la universidad. Además, la universidad cuenta con el Acuerdo 044 del 2015 Por el cual se adopta la Política de inclusión Social y Accesibilidad Universal para los GRUPOS PRIORIZADOS: (personas con discapacidad, Grupos Étnicos, Población Victima del Conflicto Armado, Población Habitante de Frontera, Población Diversa) de la Universidad de Pamplona.	Alto	El sistema integrado de gestión adelantará reuniones de preparación para garantizar el éxito en la auditoría del sello no discriminación, dejando como evidencia acta de reunión de cada una de las capacitaciones y asesorías dadas.	Mes de abril	Mes de mayo	Seguimiento FAC_08 Acta de Reunión Nro. 011 del 26 de agosto del 2025: Se ejecutó y llevó a cabo el proceso de auditoría externa logrando el porcentaje más alto del 100% de cumplimiento basado en el referencial técnico de ICONTEC y el Ministerio del Interior. Evidencia: Ver carpeta Certificado Obtenido y resultados del informe de auditoría Anexo_5	Acción efectiva ya que se recibio el puntaje mas alto en la auditoría	Las acciones se ejecutaron tal como estan establecidas.