



INFORME DE GESTIÓN SEMESTRAL

Cumplimiento Circular Externa 000009 de abril de 2016-
SARLAFT/PADM y Sistema de gestión integral del Riesgo de la
Universidad CES

Oficina de Gestión del Riesgo

Noviembre 24

Año 2021



Medellín, noviembre 24 de 2021

Señores
CONSEJO SUPERIOR
Universidad CES.
Ciudad.

ASUNTO: Informe de gestión semestral SARLAFT/PADM – Gestión del Riesgo

OBJETIVOS

- Mostrar la gestión y los avances obtenidos en materia de SARLAFT dando cumplimiento a la normatividad vigente, Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y a los lineamientos institucionales emitidos por los máximos órganos – Consejo Superior.
- Evidenciar los avances que se han desarrollado entorno a la gestión del riesgo tanto en los procesos administrativos, académicos y estratégicos de la Universidad CES.

CONTEXTO GENERAL

La Universidad CES desde el año 2017 puso en marcha el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en el que se adoptaron políticas y procedimientos como parte del manejo integral de los procesos en la institución. Este sistema es un referente de actuación en todos nuestros procesos misionales.

Para complementar la gestión SARLAFT, desde el año 2018 se dio inicio al sistema de gestión integral del riesgo en los procesos administrativos, estratégicos y académicos, esto ha tenido un avance significativo gracias al compromiso de todos los colaboradores y en especial de la alta dirección.

El sistema de gestión de riesgos y SARLAFT se encuentra en un nivel de madurez importante, ya que se tiene estandarizado monitoreos trimestrales y semestrales, entrega de reportes y el comité de riesgos, lo que nos permite revisar permanentemente el sistema, prevenir y controlar los riesgos especialmente los de niveles importantes que pueden afectar las metas y objetivos planteados.

El sistema SARLAFT, si bien hace parte del proceso integral de la gestión de riesgos, su atributo normativo hace que este sistema tenga un mayor control por las implicaciones que podría acarrear la institución por un mal procedimiento de conocimiento de terceros.

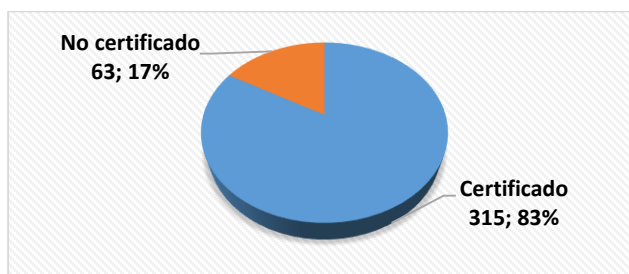
1 Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos la Financiación del Terrorismo y la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/PADM

1.1 Cumplimiento normativo

- En cumplimiento a la CE 00009 de abril de 2021 capítulo 9, sobre capacitación anual, se ha realizado diferentes estrategias para llegar a los distintos grupos de interés, especialmente

a nuestros colaboradores. Tenemos una cobertura significativa, a la fecha contamos con **769 empleados** capacitados para el año 2021.

- El curso virtual llamado "**CONOCIMIENTOS SOBRE EL SARLAFT**" tuvo gran acogida por parte de los empleados, cerramos el año con un total de 378 capacitados, de los cuales 315 se encuentra certificados, esto indica que más del 80% de los matriculados realizaron y cumplieron los objetivos planteados. No obstante, es importante contar con más participación de los empleados, ya que el tema de capacitación obedece a un cumplimiento normativo.



- Otro de los requerimientos normativos de la CE 0009 de abril 2016 numeral 5.2.2.2.2.4 Conocimiento del empleado, se refiere a la actualización anual de los datos, para su cumplimiento se ha dispuesto de un formulario digital que lo hacemos a través de la plataforma Inluces, a la fecha el 44% del personal (885 empleados) han actualizado el formulario de conocimiento de manera satisfactoria, el 56% (1121 empleados) aún no ha terminado de diligenciar o sigue faltando por diligenciar el formulario. Con este corte se dará por terminado el proceso actualización este año 2021. En los primeros meses del próximo año se retomará esta actividad de actualización en la que deben de participar todos los empleados.

Haciendo corte el 15 de septiembre, la tabla que se encuentra a continuación muestra cómo va el proceso a la fecha en cada sede

- *Tabla 1 Número de personas por sede y estado del diligenciamiento del formulario*

| Sede | Declaración firmada | Falta | Total general |
|-----------------|---------------------|-------|---------------|
| CVZ | 16 | 124 | 140 |
| ICMT | 22 | 132 | 154 |
| IPS SABANETA | 102 | 81 | 183 |
| PROYECTOS | 1 | 0 | 1 |
| SEDE EL POBLADO | 744 | 784 | 1528 |
| Total general | 885 | 1121 | 2006 |

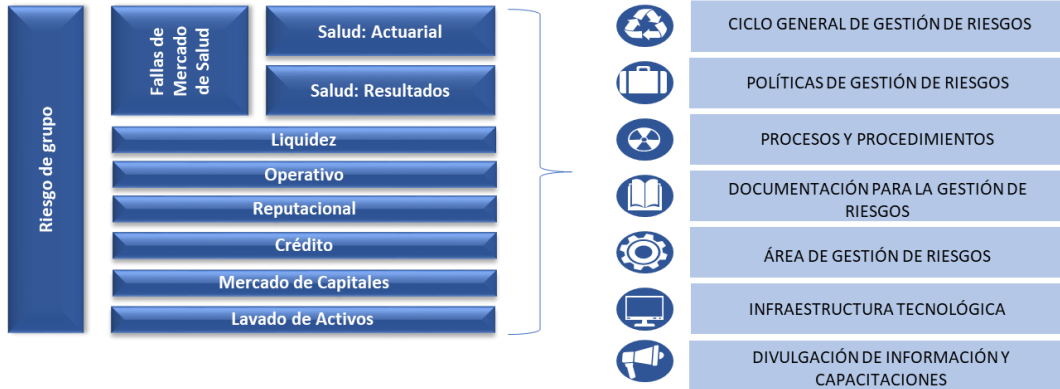
- Para el año 2022 se vienen nuevas normatividades que deberán ser implementadas en la Universidad CES. Estos subsistemas están orientados a establecer metodologías de riesgos especialmente en salud que se complementaría con la gestión de riesgos por procesos y estratégica que se viene desarrollando en la Universidad. Así mismo, se deberá implementar un nuevo sistema que complementaria al sistema SARLAFT este hace referencia al sistema de riesgo de corrupción, opacidad y fraude - SICOF.

Mencionaremos de manera general lo relevante de cada normatividad a implementar:

- o **Circular Externa 2021170000004-5 de septiembre de 2021:** Instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el

sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos en salud.

Se deberá contemplar como mínimo, los **siguientes riesgos priorizados y sus respectivos subsistemas:**



- **Circular Externa 2021170000005-5 de septiembre 2021:** Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- **CE 003 de 2018:** Implementación de mejores prácticas organizacionales - Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 Y C2



▪ **CE 009 de 2016: Actualización normatividad SARLAFT/PADM**



▪ **SICOF: Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude**



De acuerdo con lo anterior, su ejecución tiene unos periodos de transición para su diseño e implementación:

- Riesgo salud y operacional: 18 meses
- Riesgo actuarial, crédito, liquidez y mercado: 24 meses
- SARLAFT/PADM: implementación Inmediata
- SICOF: 12 meses

Es importante mencionar que las nuevas normatividades tienen unas obligaciones legales, ya que el no cumplimiento o inadecuada implementación puede llevar a multas hasta **8000 SMLMV**. Y a título personal hasta **2000 SMLMV** a los Representantes Legales ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar.

- **Decreto 830 de julio 2021** Da lineamientos a los sujetos obligados a implementar medidas de debida diligencia del cliente de acuerdo con la normatividad vigente, en desarrollo de los



procesos de vinculación y monitoreo de la relación comercial con las Personas Expuestas Políticamente (PEP)".

1.2 Mejoras al Micrositio de búsqueda SARLAFT

- Buscando tener un mayor control y seguridad de la plataforma de consulta SARLAFT, en el mes de octubre se implementó con el acompañamiento del área de TI un sistema de logueo, el cual permite autorizar a la persona de la organización CES o rechazar a personal externo de la universidad. Esta mejora estará acompañada de un proceso de consolidación de la información, es decir, se podrá identificar quien ingresa, que listas verifica, que información consulta y que resultados obtiene, con el fin de facilitar la consolidación y protección de la información.
- Otras acciones de mejora al micrositio SARLAFT, fue la inclusión de dos nuevas listas de consulta informativas, estas son: Países/jurisdicciones de alto riesgo y Consulta PEP- Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de julio de 2021)

1.3 Otras actividades de gestión

- En los meses de agosto y noviembre se realizaron dos monitoreos al año, uno se hizo directamente con los líderes de los procesos y el ultimo se realizó validando los sistemas de información y cerrando los planes de mejoramiento.
- Mensualmente la oficial de cumplimiento realiza los reportes a la entidad UIAF -Unidad de Información y Análisis Financiero, que se hacen dentro de los 10 primeros días hábiles del mes.
- Se hace un acompañamiento permanente al proceso de inducción y reinducción.
- Revisoría fiscal hizo las validaciones y seguimiento al SARLAFT, para este semestre se realizó en el mes de noviembre.
- Participación mensual de comités de oficiales de cumplimiento a nivel nacional que permite obtener información y actualizaciones en temas normativos y todo lo relacionado con mejores prácticas de implementación a los sistemas de riesgos.

1.4 Seguimiento política y procedimientos: CLIENTES.

Para el cierre de este año se tienen dos hallazgos a los cuales se les establecieron planes de mejora que se presentan a continuación

| No. | HALLAZGOS | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA | PLANES DE MEJORAMIENTO |
|-----|--|-------------------------------------|---|
| 1 | <p>Si un cliente al realizar los pagos en diferentes cajas en un mismo día, el personal de la universidad no tiene como percatarse que el cliente ya superó el valor y debe diligenciar el "formulario de conocimiento del cliente", ya que el sistema de las diferentes cajas no se intercomunica o no genera una alerta.</p> <p>Por tal motivo, se elevó la consulta al área de Tecnología de la Información para buscar una estrategia que facilite atender esta necesidad y podamos potencializar esta herramienta y</p> | TI Oficina de Gestión del Riesgo | <p>Se estudió la cotización de una empresa que ofrecía señales de alerta que se pueden implementar para diversas situaciones, pero no se contempla para el caso específico que se está presentando en el proceso de clientes.</p> <p>Se hizo nuevamente un acercamiento con el área de TI para revisar opciones de control, se acordó revisar con el área de tesorería para mirar opciones y hablar con el proveedor sobre alertas a la medida.</p> |



| | | | |
|---|---|---|--|
| | poder cumplir satisfactoriamente con la normatividad vigente en SARLAFT. | | |
| 2 | Al hacer las validaciones masivas mensuales para la sede Poblado, en los últimos meses se han evidenciado recurrentes pagos en efectivo asociados al nombre de “consumidor final” que sumados en el mes han superado el valor estipulado por la Supersalud (25 millones) para hacer el reporte a la UIAF. | Director administrativo y financiero Oficina de Gestión del Riesgo | Se hizo la averiguación con el área de tesorería y contabilidad para conocer de donde provenían estos dineros y se determinó que es una cuenta genérica interna de la universidad, a la cual se asocian los dineros consignados por el pago de los parqueaderos que se recibe en efectivo en las máquinas de la institución. Se concertará una reunión con el director administrativo y financiero para poder analizar el caso y dejar claro de cómo se manejará esta situación y dejar constancia del movimiento interno del dinero. |

1.5 Seguimiento política y procedimientos: EMPLEADOS

A la fecha el proceso se ejecuta adecuadamente. Aun así, se establecen unos planes de mejora para el cierre de año, los cuales se encuentran descritos a continuación:

| No. | HALLAZGOS | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA | PLAN DE MEJORAMIENTO |
|-----|--|--|--|
| 1 | El 44% del personal (885 empleados) han actualizado el formulario de conocimiento de manera satisfactoria, el 56% (1121 empleados) aún no ha terminado de diligenciar o sigue faltando por diligenciar el formulario. Con este corte (15/09/2021) se dará por terminado el proceso este año. | Rectoría Oficial de cumplimiento | La actualización debe hacerse de manera anual, por tal motivo, en los primeros meses del próximo año 2022 se retomará esta actividad de actualización en la que deben de participar todos los empleados. |
| 2 | Se evidenció que la documentación y las validaciones en contratación de independientes en algunos procesos se hacen de manera posterior al inicio de la labor del personal, ya que la vinculación tiene como fecha de corte los días 20 de cada mes, y los encargados de las facultades para la recolección de los documentos esperan a esta fecha para hacer las búsquedas en las listas de riesgos, quedando vulnerable el proceso de posibles vinculaciones que puedan afectar a la institución | Relaciones laborales (contratación Independiente) Oficial de cumplimiento | En el monitoreo siempre se le recuerda a las áreas y facultades que las validaciones deben de ser antes del ingreso. Como acción de mejora la dependencia de relaciones laborales en cabeza de la líder la doctora Patricia Chejne, autorizó para que se envíe al oficial de cumplimiento, un listado de las personas que no cumplan con esta solicitud e impartirles un plan de acción y si el caso es reiterativo activar procedimiento sancionatorio definido para el incumplimiento del manual SARLAFT. |
| 3 | Aun se evidencia casos que no es posible tener respuesta de las instituciones para validar títulos académicos. | Bienestar institucional y Desarrollo humano | Se hace la recomendación de dejar especificado los casos sin respuesta de las instituciones y llevar un listado de las solicitudes que se han hecho para poder finalizar el proceso y así hacerles un seguimiento continuo. |
| 4 | Se ha recomendado que la contratación de docentes debe contar con el mismo proceso de vinculación que los empleados administrativos, es decir, que el proceso de selección comience en Desarrollo Humano y luego continúe en relaciones laborales, haciendo un debido proceso de entrevistas, pruebas psicológicas y validaciones de títulos. Aunque, varias facultades se han | Oficial de cumplimiento Bienestar institucional y Desarrollo humano | Se creó un procedimiento que busca estandarizar el proceso de selección, vinculación y evaluación de los docentes. Se hizo seguimiento sobre el avance de esta acción y aún está pendiente su difusión y aprobación por parte |



| No. | HALLAZGOS | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA | PLAN DE MEJORAMIENTO |
|-----|--|------------------------------------|--|
| | acogido a estas recomendaciones aún quedan varias que no se han adherido al proceso. | | de rectoría para que se estandarice el procedimiento tanto en administrativo como en académico |

1.6 Seguimiento política y procedimientos: PROVEEDORES.

El proceso de proveedores sigue siendo uno de los más sensibles en materia de SARLAFT, este ha tenido unos avances importantes debido a que el área de compras centraliza mucho este proceso.

Durante el segundo semestre se estuvo trabajando junto con el área de Tecnología de la Información y el proveedor Ekisa en el desarrollo de una nueva plataforma digital que permitirá agilizar el proceso de vinculación de proveedores y minimizar la operatividad de los empleados así mismo evitar reprocesos, sobrecostos y omisiones. El 26 de noviembre se capacitará al personal sobre dicha plataforma y saldrá en vivo en el mes de enero.

Para la actualización de datos de proveedores, se debe dar cumplimiento al numeral 5.2.2.2.4 Conocimiento del proveedor. Para este año no se ejecutará dicha tarea, debido a la reorganización que se tiene frente al desarrollo de la plataforma digital para la vinculación de proveedores. La plataforma entra en vigencia en enero de 2022 y con ello la actualización de la base de datos de todos los proveedores

En el presente cierre de año se tienen establecidos tres planes de mejora para este proceso:

| No. | PLAN DE MEJORAMIENTO | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA | OBSERVACIONES |
|-----|---|--|--|
| 1 | <p>Cuando se cuente con el portal web (Intranet) se publicarán los formatos marco de contratos que aplique para toda la Universidad y que sean de fácil acceso para los gestores responsables. Lo importante del asunto es estar alineados con los mínimos requisitos obligatorios de la universidad y cada gestor se encargará de incluir la información propia del contrato, convenio o proyecto.</p> <p>Ya se enviaron los formatos marcos al área de comunicaciones para que sean publicados, se está a la espera que habiliten la intranet para poder acceder a ellos.</p> | <p>Oficina de comunicación organizacional</p> <p>Oficial de cumplimiento</p> | <p>Por parte de la Oficina jurídica se enviaron los formatos al área de comunicaciones.</p> <p>Aún se está a la espera de que la intranet entre en funcionamiento en la Universidad.</p> |
| 2 | <p>Según la circular externa 000009 de 2016 de SARLAFT debemos realizar la actualización de información de proveedores como mínimo una vez al año.</p> <p>Esta medida se encuentra en cabeza del área de contabilidad que se encuentra recopilando y almacenando la información de los proveedores.</p> | <p>Director administrativo y financiero</p> <p>Oficina de Gestión del riesgo</p> | <p>Durante el segundo semestre se estuvo trabajando junto con el área de Tecnología de la Información y el proveedor Ekisa en el diseño y desarrollo de una nueva plataforma digital permitirá agilizar el proceso de vinculación de proveedores y minimizar la operatividad de los empleados así mismo evitar reprocesos y sobrecostos y omisiones. El 26 de noviembre se capacitará al personal sobre dicha plataforma y saldrá en vivo en el mes de enero</p> |



| No. | PLAN DE MEJORAMIENTO | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA | OBSERVACIONES |
|-----|--|------------------------------------|---|
| | | | Se realizará un primer acercamiento con las asistentes quienes son las principales responsables de la vinculación de los proveedores, para que de esta manera se pueda ir desarrollando el proceso de capacitación y difusión de este nuevo portal y poder identificar falencias. |
| 3 | Coordinar con el área de TI una posibilidad de mejorar el proceso de almacenamiento de la información de proveedores de las dependencias y facultades con el fin de que este quede almacenado en los servidores de la Universidad y no en el computador personal o institucional. Esto con el fin de minimizar riesgos de pérdida de la información, pero no menos importante que se centralice y se pueda tener una base datos para que todos los empleados que apoyan esta gestión pueda ver la información y no se dupliquen esfuerzos y se hagan reprocesos. | TI Oficial de cumplimiento | Se coordinara una reunión con TI para plantearle dicho requerimiento para la mejora del sistema |

1.7 SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS EN SARLAFT.

Se tienen (13) riesgos identificados, la gran mayoría se consolida en niveles tolerables aportando el 62% de participación. Esto indica que, la implementación de los procesos se están cumpliendo y se están llevando conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

Con la nueva normatividad que entra vigencia inmediata, se debe identificar los posibles riesgos que puede estar expuesta la Universidad en lo que tiene que ver con la proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM). Se hará un trabajo conjunto con líderes de procesos para identificar dichas amenazas.

| Nro. | Riesgo | Nivel de riesgo |
|------|--|-----------------|
| R1 | Posibilidad de vincular un cliente con documentos y/o información falsa y de difícil verificación | Inaceptable |
| R2 | Ser utilizada como medio de apariencia de legalidad para el ingreso de dinero ilícito | Tolerable |
| R3 | Error Humano | Crítico |
| R4 | Fraude interno por actos mal intencionados en la manipulación de estados financieros, manipulación de las operaciones, de información, corrupción o malversación de activos para beneficio propio. | Tolerable |
| R5 | Infraestructura tecnológica insuficiente para la notificación de alertas | Crítico |
| R6 | Incumplir con las exigencias normativas en el tema SARLAFT-circular 00009 del 21/abril/2016 | Tolerable |
| R7 | Permisividad en la vinculación a personas naturales y jurídicas con antecedentes delictivos, que fue o es señalado en las listas para el control de riesgo LA/FT. | Tolerable |
| R8 | Realizar contratos con proveedores que estén por fuera de parámetros normales del mercado objetivo | Tolerable |
| R9 | Falla en el levantamiento de los riesgos LA/FT | Tolerable |
| R10 | Pérdida de información clave de LA/FT | Crítico |
| R11 | Falla en la ejecución de los procedimientos para la debida diligencia de empleados | Tolerable |
| R12 | No detectar, ni informar oportunamente una partida inusual y/o sospechosa a las entidades correspondientes. | Tolerable |
| R13 | Que los empleados no den estricto cumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos por la Universidad en temas de SARLAFT | Crítico |



1.8 REPORTE A LA UIAF (UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO)

Una de las funciones otorgadas al Oficial de Cumplimiento es realizar mensualmente los reportes a la UIAF. Se deben tener los siguientes criterios:

- Transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por un cliente, proveedor o comprador por un valor igual o superior a \$5.000.000 M/corriente y/o su equivalente en otras monedas.
- Que un mismo cliente, proveedor o comprador realice varias transacciones en efectivo durante el mes, que iguale o supere la cuantía de \$25.000.000 M/corriente y/o su equivalente en otras monedas.
- Reporte positivo de Operaciones Sospechosas.
- Reporte de ausencia de operaciones tanto sospechosas o de transacciones.

Corte de la información: 31 octubre de 2021.

| Mes del reporte | Procedimiento | | Proveedores | | ROS | |
|-----------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| | Reportes de transacciones en efectivo | Ausencia de transacciones en efectivo | Reportes de transacciones en efectivo | Ausencia de transacciones en efectivo | Operaciones sospechosas | Ausencia de operaciones sospechosas |
| Enero | | 1 | | 1 | | 1 |
| Febrero | | 1 | | 1 | | 1 |
| Marzo | | 1 | | 1 | | 1 |
| Abril | 1 | | | 1 | | 1 |
| Mayo | | 1 | | 1 | | 1 |
| Junio | 1 | | | 1 | | 1 |
| Julio | | 1 | | 1 | | 1 |
| Agosto | | 1 | | 1 | | 1 |
| Septiembre | 1 | | | 1 | | 1 |
| Octubre | | 1 | | 1 | 1 | |
| | Abril: pago por \$5.000.000 Junio: pago por \$5.389.350 Septiembre: \$6.400.000 y \$15.000.000 | | No se reportó Pagos iguales o superiores a 5.000.000 | | Se reportó una operación sospechosa por un cliente que apareció en listas vinculantes (Lista OFAC)*** Ver ampliación de información | |

1.8.1 Reporte de operaciones sospechosa:

Día del reporte: 4 de octubre

Tipo de reporte: Lista vinculantes (Cliente externo aparece en lista OFAC)

Situación del reporte: El día 4 de octubre realizando las validaciones de control mensual en listas de control de riesgos, se evidenció que un usuario externo aparece reportado en la lista OFAC. Es de aclarar que el relacionamiento que se tiene con este usuario es por prestación de servicio del Gimnasio que tiene nuestra IPS poblado, por políticas y procedimientos se hizo el respectivo reporte



a la UIAF. El pago que realizó el usuario se hizo a través de una transacción por tarjeta por monto de 272.500 pesos.

2 GESTIÓN DEL RIESGO

En miras de mostrar los avances obtenidos en materia de gestión del riesgo en la Universidad CES, se ha dispuesto este capítulo para reportar de manera semestral la gestión, monitoreo y el compromiso de cada uno de los líderes de riesgo para la mitigación, prevención y control de los riesgos asociados a sus procesos.

2.1 PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN GESTIÓN DEL RIESGO.

- En el mes de noviembre se cerró el monitoreo del año, los líderes de las áreas administrativas realizaron seguimiento de los riesgos asociados a sus procesos. El informe de los resultados se envía a cada directivo para que lo analicen con su grupo de trabajo y se tomen las acciones sobre esos riesgos que pueden ser susceptible de materializarse.
- Para el monitoreo de los riesgos estratégicos, se hizo reunión con cada directivo responsable de los riesgos para desarrollar a través de la ficha de riesgos una evaluación y análisis amplio de cada uno y la asignación de medidas de tratamiento.
- Se realizó un autodiagnóstico y asesoría en riesgo de fraude ofrecido por suramericana. El objetivo de la evaluación es asesorar a la Universidad frente al riesgo de fraude y los diferentes factores desde donde se puede desprender su materialización
- En el mes de agosto se hizo un acercamiento con el grupo de modelo pedagógico para sensibilizarlos sobre el riesgo de fraude académico, el objetivo es trabajar articuladamente para identificar riesgos y promover estrategias de prevención especialmente en temas éticos en la comunidad estudiantil y de docente.
- Acompañamiento a la clínica CES en el tema de capacitación. Se realizó exitosamente el curso de gestión de riesgos por líderes de procesos.
- Acompañamiento al taller de identificación de riesgos corporativos. Está planeado para el 30 de noviembre.

2.2 EVALUACIÓN DE RIESGOS EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS

En el mes de noviembre se realizó cierre de monitoreo de riesgos año 2021. este obedece al seguimiento de los procesos administrativos. contamos con 35 áreas, a este monitoreo se suma la nueva área de gestión e innovación curricular que pertenece a la Dirección Académica.

Para el cierre de año, se tienen los siguientes datos: El total de riesgos tuvo un crecimiento de 16 riesgos respecto al año 2020. El 48% (139 riesgos) del total de los riesgos se encuentran en magnitudes extrema y alta, los cuales pueden significar una alerta para la universidad y en los que se les debe establecer controles que ayuden a mitigar su materialización y/o su impacto.

En las siguientes tablas, se mostrarán los comparativos de los años 2020 y 2021



| Dirección | Áreas | 2020 | 2021 |
|---|-----------|------------|------------|
| Rectoría | 7 | 71 | 72 |
| Dirección Administrativa y Financiera | 10 | 84 | 89 |
| Dirección Investigación e Innovación | 5 | 40 | 45 |
| Dirección Académica | 6 | 34 | 39 |
| Secretaría General | 3 | 19 | 19 |
| Bienestar Institucional Y Desarrollo Humano | 4 | 24 | 24 |
| Total general | 35 | 272 | 288 |

| Magnitud Riesgo | 2020 | 2021 | Participación 2020 | Participación 2021 |
|----------------------|------------|------------|--------------------|--------------------|
| Extremo | 35 | 40 | 13% | 14% |
| Alto | 106 | 99 | 39% | 34% |
| Medio | 82 | 72 | 30% | 25% |
| Bajo | 49 | 77 | 18% | 27% |
| Total general | 272 | 288 | 100% | 100% |

A continuación, se muestra los 288 riesgos identificados distribuidos en 16 categorías, esto con el fin de identificar tendencia e interrelacionar los procesos estratégicos con los procesos administrativos y tener un mayor control de los mismos.

| TÍTULO DEL RIESGO | # de riesgos | Participación |
|---|--------------|---------------|
| Falla o falta de adecuación, consistencia, confiabilidad, confidencialidad y disponibilidad de la información que se genera o se custodia (física o electrónica). | 39 | 13,5% |
| Conflicto, desconocimiento o incumplimientos normativos, legales, regulatorios o contractuales. | 38 | 13,2% |
| Incumplimiento por parte de la comunidad universitaria, contratistas y visitantes de las políticas, reglamentos y directrices institucionales. | 38 | 13,2% |
| Dificultades en la alineación organizacional para el logro de los objetivos. | 26 | 9,0% |
| Falta o falla de la capacidad de gestión del talento humano. | 19 | 6,6% |
| Falta de innovación o rezago en los diferentes procesos o estructuras que dificultan el crecimiento y/o cumplimiento de los objetivos de la Universidad | 17 | 5,9% |
| Fallas en la gestión, planeación o ejecución de proyectos. | 17 | 5,9% |
| Intoxicación, lesión, enfermedad o accidente que afecte la integridad o salud de las personas en la Universidad. | 16 | 5,6% |
| Prácticas fraudulentas - corrupción en los diferentes procesos misionales de la universidad | 15 | 5,2% |
| Pérdida de la continuidad del negocio. | 13 | 4,5% |
| Actos mal intencionados de terceros (AMIT). | 13 | 4,5% |
| Fallas o indisponibilidad de la infraestructura física relacionada con problemas estructurales o técnicos. | 12 | 4,2% |
| Fallas en la gestión de los recursos financieros | 9 | 3,1% |
| Concepto público desfavorable que causa una pérdida de credibilidad sobre la Universidad en sus grupos de interés. | 8 | 2,8% |
| Incumplimiento por parte de proveedores | 7 | 2,4% |
| Desastres naturales que puedan afectar las instalaciones o la operación de la Universidad. | 1 | 0,3% |
| TOTAL | 288 | 100% |



2.3 REGISTRO DE EVENTOS MATERIALIZADOS

El registro de eventos hace parte fundamental del proceso de la gestión del riesgo, esto debido a que a que cada dependencia reporta los riesgos que se presentaron durante el periodo de evaluación.

Tener esta cultura de reporte permite a la organización conocer los riesgos materializados, sus causas, las pérdidas y el costo de recuperación. Esto nos lleva a tomar acciones correctivas y plantar controles fuertes que mitiguen su ocurrencia

A continuación, mostremos los registros de eventos ocurridos durante el año 2021, que reportaron las áreas administrativas de los diferentes procesos.

| Área | Riesgo | Causas |
|-----------------------------|---|--|
| Aseguramiento de la calidad | Devolución, traslado de concepto y/o negación al trámite de solicitud de registros calificados | No se declaran los resultados de aprendizaje esperados, no se evidencia la cobertura prevista de docentes (relación docente - estudiantes), no la descripción del perfil de los profesores No es consistente el plan de prácticas formativas del anexo técnico y no se declaran los resultados de aprendizaje esperados No es consistente el plan de prácticas formativas del anexo técnico y algunos convenios no están vigentes, no se evidencia el plan de desarrollo de la investigación y/o resultados esperados, ni el plan de desarrollo y capacitación de profesores Se devuelve por concepto de pertinencia. No se evidencia el plan de desarrollo de la investigación no el plan de vinculación con el sector externo No es consistente el plan de prácticas formativas del anexo técnico. No se evidencia el plan de desarrollo de la investigación no el plan de vinculación con el sector externo No se evidencia la conceptualización teórica y epistemológica del programa. No se declaran los resultados de aprendizaje esperados, ni el perfil de ingreso y egreso |
| Laboratorio | Indisponibilidad de algunas de las tecnologías críticas que tenemos involucradas en las actividades de extensión | Pinza con defecto |
| Tesorería | Debido al desconocimiento de procedimientos y normas que se aplican en el control de las operaciones de pago, la compañía se vería afectada en términos económicos y legales. | Por las relaciones diplomáticas entre Estados Unidos y Cuba |
| Infraestructura | Afectación a los procesos, por no tener una adecuada planeación | El cliente interno, no tenía claro sus necesidades y requerimientos |

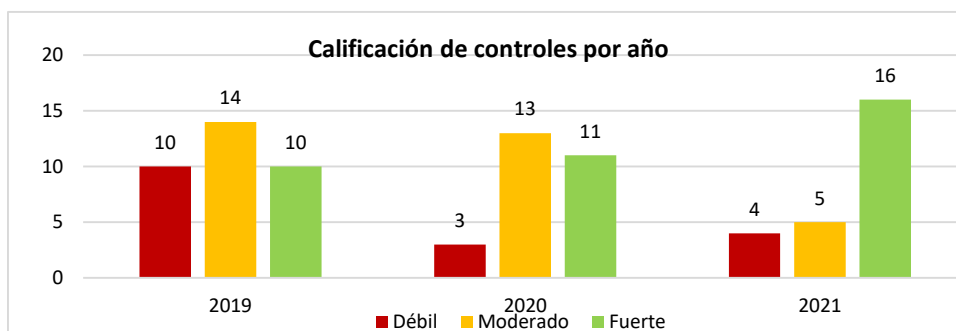


| Área | Riesgo | Causas |
|-----------------------|--|---|
| Propiedad intelectual | Pérdida de información en bases de datos, correos y/o servidores de la Universidad | Desconocida. El área de Tecnología de la Información no dio respuesta |

2.4 EVALUACIÓN DE RIESGOS ESTRATÉGICOS

En el año 2019 se desarrolló la primera sesión de identificación y evaluación de los riesgos estratégicos, en la cual se evaluaron 34 riesgos que afectan la estrategia de la Universidad. Para el año 2020, se realizó una reevaluación de los riesgos considerando la coyuntura mundial (de los 34 riesgos iniciales solo 25 de ellos fueron reevaluados por su gran importancia de lo que respecta a la crisis en el sector educación y a su vez se identificaron tres nuevos riesgos relacionados directamente con la pandemia).

Para el 2021 se inició con el monitoreo de los riesgos, como medida complementaria a los controles implementados, en la gráfica se evidencia que para el año 2019 se contaba con una calificación de 10 controles en nivel “débil” y para el año 2021 solo se tienen 4 y por su parte los controles calificados en “fuerte” pasaron de 10 a 16 en el mismo periodo.



| Magnitud | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Extremo | 12 | 13 | 7 |
| Alto | 13 | 11 | 15 |
| Medio | 1 | 3 | 2 |
| Bajo | 8 | | 1 |
| Total general | 34 | 27 | 25 |

3 CANAL DE TRANSPARENCIA

Se dio cumplimiento a la reunión ordinaria del comité de conducta conforme al acuerdo 0273 del Consejo superior de la Universidad CES, que tiene por objeto revisar los comportamientos, acciones o actividades que lesionen los intereses, principios, valores y el código de ética y buen Gobierno de la Universidad CES (19 –nov- 2021).

Se informó a los integrantes del comité las responsabilidades que tienen con la institución para que este canal de comunicación se convierta en el único medio oficial para atender las denuncias que hagan todos nuestros grupos de interés y especialmente la comunidad universitaria.



Para este año se enviaron dos comunicaciones sobre el canal de transparencia a toda la comunidad universitaria, con el fin de que conozcan sus deberes y derechos como reportantes, así mismo que pueden denunciar a través de este canal.

3.1 Reporte Canal de Transparencia

Cero reportes de denuncias a través de canal de transparencia

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se debe dar cumplimiento a las nuevas regulaciones emitidas por el Superintendencia Nacional de Salud para el próximo año 2022. Estos cambios van a requerir principalmente del apoyo de los líderes de procesos, de las directivas de la institución y de los máximos órganos, ya que es importante la asignación de recursos para lograr los objetivos planteados.
- El SARLAFT y el sistema de gestión de riesgos se encuentran en un nivel importante de madurez, y esto se debe gracias al apoyo de los líderes de los procesos y de las directivas que se encuentran comprometidas con las políticas y procedimientos definidos.
- La migración de datos a un sistema digital como lo es IncluCES, para las actualizaciones de datos en proveedores y empleados, va permitir darle cumplimiento al tema segmentación, ya que su implementación requiere de una minería de datos amplia para poder categorizar, tanto en perfiles de riesgo como en jurisdicciones.
- Para el año 2022 se trabajará en fortalecer el sistema tecnológico a través de alertas tempranas. Dado que actualmente nuestro sistema aún es muy manual, lo que puede ocasionar errores y omisiones.
- Continuar fortaleciendo los programas de capacitación ya que la norma es muy clara en definir estos programas con cumplimiento del 100% y aun no se ha logrado cubrir ese porcentaje de cumplimiento

Cordialmente;

Natalia Andrea Muñoz Gil
Oficial de Cumplimiento/Gestión del Riesgo
UNIVERSIDAD CES