



INFORME DE GESTIÓN SEMESTRAL

Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva

SARLAFT/PADM

Sistema de Gestión Integral del Riesgo de la Universidad CES

Oficina de Gestión del Riesgo

Julio 27 de 2022



Medellín, julio 27 de 2022

Señores
CONSEJO SUPERIOR
Universidad CES.
Medellín

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

OBJETIVOS

- Informar al máximo órgano de dirección – Consejo Superior, sobre la gestión semestral en materia de SARLAFT y Gestión Integral del Riesgo, dando cumplimiento a los lineamientos institucionales y normativos según Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016, recientemente actualizada con la Circular Externa 202117000000055 de septiembre de 2021.

CONTEXTO GENERAL

La Universidad CES viene implementando el SARLAFT desde el año 2016, un sistema dinámico que ha tenido unas mejoras importantes en cada una de las dependencias y facultades que intervienen directamente en el conocimiento de la contraparte. Su componente normativo, hace que se tenga mayor control, monitoreo y mejoras permanentes, pero lo más importante, que esté alineado con los objetivos institucionales y articulado con los procesos administrativos y académicos.

El SICOF - Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción Opacidad y Fraude, es otro sistema que tiene un cumplimiento normativo en donde la Universidad debe diseñar políticas y procedimientos e integrarlo con los demás sistemas que se vienen implementando, este documento debe estar aprobado para el mes de septiembre de 2022.

Se está trabajando en la reestructuración documental del sistema de gestión integral de riesgos, donde se va a incorporar los componentes del SARLAFT, el sistema de riesgos en procesos administrativos y académicos y los nuevos subsistemas que ya se están trabajando como el SICOF y el sistema de riesgos en salud. El objetivo, es poder integrar todos los sistemas, pero cada uno tendrá una especificidad conforme a los lineamientos normativos e institucionales.

El 7 de junio se hizo reunión de empalme con el nuevo Rector de la Universidad, informándole de las actividades y de las responsabilidades que se desarrollan en torno a la gestión integral de riesgos, SARLAFT, así como de los nuevos subsistemas de riesgos que se deben diseñar e implementar en la Universidad CES.



1. CUMPLIMIENTO NORMATIVO

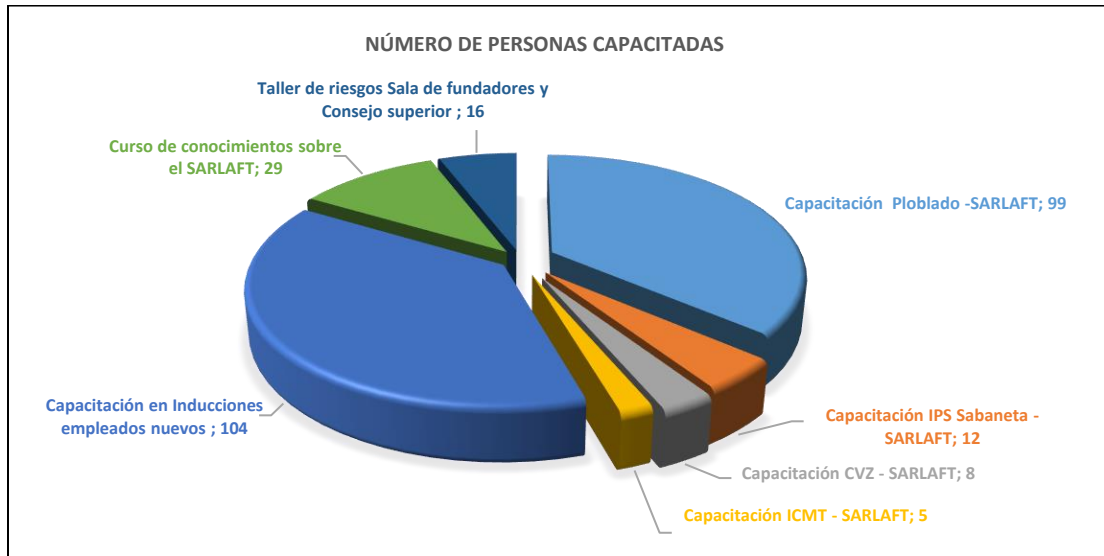
De acuerdo con los nuevos lineamientos de la CE 20211700000005-5 Y CE 20211700000004-5 de septiembre de 2021, se han adelantado las siguientes actividades.

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

- Se actualizó el manual SARLAFT según lineamientos normativos vigentes.
- De acuerdo con la recomendación del órgano de vigilancia y control –(SNS) – Superintendencia Nacional de Salud, se incluyó nuevas funciones y responsabilidades para: el máximo órgano social, oficial de cumplimiento, se adiciona funciones para el área de auditoría interna,
- Se complementa la matriz riesgos de Lavado de Activos (LA) y la Financiación del Terrorismo (FT), con la identificación de riesgos asociados a la de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - FPADM.
- Se estableció un apartado sobre segmentación de factores de riesgos, tema que se encuentra definido y documentado en el manual de SARLAFT, pero falta implementarse ya que se requiere hacer “analítica de datos”. Para este asunto, se debe contar con el personal ya sea interno o externo que apoye a la parametrización, perfilamiento y análisis estadísticos.
- Se ajustó los procedimientos del SARLAFT y se capacitó a los empleados en el tema de debida diligencia intensificada de personas naturales y jurídicas, nacionales e internacionales.
- Se cambió el monto de transacción por pagos en efectivo de 2 a 5 Millones, este cambio se hizo, debido a que la norma siempre ha recomendado la Debida Diligencia Ampliada a partir de 5 Millones, no obstante, la Universidad había optado este límite para un mayor control sobre los clientes/usuarios ya que no se limitó la restricción del manejo en efectivo por pagos a los servicios, procedimiento que es recomendado por la norma, pero por su nivel de riesgo y cantidad mínima de transacciones por altos montos no se consideró esa opción, pero se disminuyó el importe a 2 millones para mayor conocimiento de la contraparte.
- Se hizo monitoreo en los meses de marzo y abril a los procesos administrativos y académicos que intervienen en funciones y responsabilidades directas de SARLAFT.
- En el mes de julio la revisoría fiscal hizo revisión al sistema del SARLAFT de acuerdo con los lineamientos normativos vigentes e impartió recomendaciones al sistema.
- En el mes de febrero se actualizaron los formularios de conocimiento de la contraparte (empleados, clientes, proveedores) donde se ajustaron temas como, declaración de conflictos de interés, conocimiento del beneficiario final, información ampliada de Personas políticamente Expuesta, en cumplimiento de las nuevas normatividades decreto 830 de 2021 sobre PEP- Ley 2195 de enero De 2022 beneficiario final y Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre de 2021.
- 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. Con corte a este semestre 2022-1 contamos con 273 empleados y directivos capacitados (cursos, inducción y capacitación a los empleados).



- En el mes de febrero de 2022 se hizo actualización de datos de los directivos y los máximos órganos de dirección y normativo de la institución, logrando el 100% del diligenciamiento del formulario. Es de resaltar el gran compromiso que tiene las directivas frente a las acciones y medidas preventivas en materia de SARLAFT.
- Con la entrada en productivo en el mes de enero de 2022 de la plataforma digital de IncluCES para la vinculación y actualización de proveedores, de esta manera estamos cumpliendo con la actualización de datos que se debe realizar anualmente. De igual forma en el segundo semestre se estará enviando un correo masivo a los proveedores activos para que actualicen la información en dicho portal web.
- Para este primer semestre se hizo actualización de datos de los empleados activos de la Universidad CES. Para su cumplimiento, se cuenta con un formulario digital que se hace a través de la plataforma IncluCES. Con corte al 18 de julio de 2022 se tiene una base de datos de 1791 empleados, incluyendo personal de proyectos que representan un 20% (350 empleados) del total del personal activo. No obstante, este personal no tiene la obligación de actualizar ya que no se les asigna correos corporativos, para este grupo se realiza el proceso de manera física.
Para realizar la actualización anual, se tiene que más 30% del personal (545 empleados) han actualizado el formulario de conocimiento de manera satisfactoria, quedando en estado de **“Declaración firmada”**. Aún está pendiente por diligenciar el formulario el 70% de la población.

Para lograr tener mayor cobertura de actualización de datos de los empleados, se hará una campaña masiva y acompañamiento con cada uno de los decanos, jefes, y con rectoría para que al final del año logremos cumplir con un porcentaje significativo.



Estado de actualización de datos

de empleados

Declaración conflicto	19
Declaración firmada	545
Declaración PEP	2
En proceso	3
Falta por actualizar datos	1213
Proceso avanzado	9
Total empleados (incluyendo proyectos)	1791

En la siguiente tabla se muestra el proceso de avance de actualización por cada una de las sedes

<i>SEDE</i>	<i>Declaración firmada</i>	<i>Falta</i>	<i>Total</i>
<i>Apartadó</i>	0	3	3
<i>CVZ</i>	36	145	181
<i>IPS SABANETA</i>	54	225	279
<i>PROYECTOS</i>	0	1	1
<i>SEDE EL POBLADO</i>	438	845	1283
<i>ICMT</i>	17	27	44
<i>Total general</i>	545	1246	1791

- De manera mensual, semestral y anual se hacen verificaciones masivas en las listas restrictivas de los clientes, proveedores, empleados y directivos de la universidad y personas Políticamente Expuestos -PEPs.
- El comité de riesgos y SARLAFT se desarrollará el próximo 10 de agosto de 2022, en presencia de los directivos, líderes de procesos, gerentes de la sedes y rectoría, su alcance es revisar, evaluar y tomar acciones sobre los riesgos de magnitud extrema y alta y sobre los eventos materializados durante el semestre 2022-1.
- Mensualmente la oficial de cumplimiento realiza los reportes a la entidad UIAF -*Unidad de Información y Análisis Financiero*. El cumplimiento de este reporte va acorde con la fecha del año. Para este semestre se reportaron transacciones positivas iguales o superiores a 5.000.000 Millones en los meses de enero, febrero y mayo, es de recordar que los reportes que se hacen por transacciones en efectivo solo aplican para la IPS CES, que sería por procedimientos de salud y de proveedores, los reportes de operaciones sospechosas se reportarían para todas las sedes. La UIAF actualizó el sistema de reporte en línea para los sujetos obligados, su actualización se enmarcó en operaciones sospechosas, en el que se deberá también reportar personas naturales y jurídicas que se cataloguen en operaciones

intentadas, coincidencias en listas y coincidencias en noticias que estén asociadas a riesgos de LAFT/PADM.

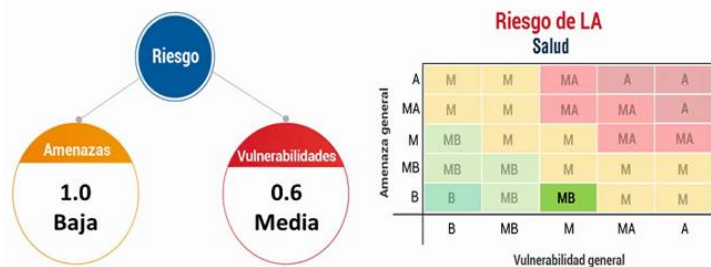
1.1.1 SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS SARLAFT/PADM

Con la nueva normatividad que entró en vigencia en septiembre de 2021 CE 2021170000005, se identificaron nuevos riesgos asociados a la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. A continuación, se detallan los riesgos que serán incluidos en la matriz general de SARLAFT/PADM en el que se hará monitoreo periódico y seguimiento de los controles que se incluyeron en los procedimientos de debida diligencia, es de anotar que algunos de ellos son catalogados como Debida Diligencia Ampliada -DDA- que requiere mayor estudio y seguimiento.

Los riesgos identificados fueron calificados con nivel de riesgo bajo,

- Sustracción por parte de un empleado de elementos o insumos radiológicos, químicos o biológicos que sea utilizado para beneficio propio, de un tercero o para causar daño.
- No contar con las autorizaciones de los entes de control para la compra, recepción y manejo de materiales relacionados con Armas de Destrucción Masiva- PADM.
- Ser utilizados como medio para la financiación o desarrollo de armas nucleares, químicas, biológicas para fines diferentes a las actividades misionales de la institución.
- Incumplimiento en la debida diligencia ampliada para los países catalogados con alto riesgo de manejo de armas de destrucción masiva o tengan presencia de grupos terroristas
- Relacionamientos indebidos con contraparte que ejecuten actividades económicas que puedan considerarse riesgosas en desarrollar, transportar o adquirir armas de destrucción masiva, nucleares, químicas o biológicas.

Actualmente se tienen (13) riesgos asociados a Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y (5) riesgos asociados a Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. La gran mayoría se consolida en niveles bajos aportando el 61% de participación. Esto indica que la implementación de los procesos se están cumpliendo y se está llevando conforme a lo establecido en la normatividad vigente, en las políticas y procedimientos definidos. Nuestro sector es categorizado en niveles MB-Medio-Bajo según la evaluación nacional de Lavado de Activos.

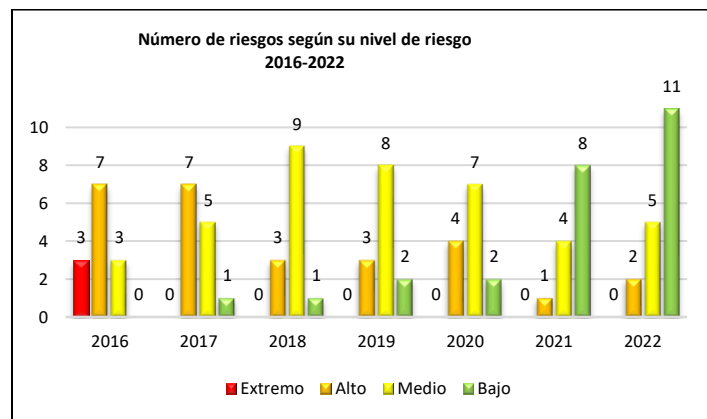


El 11% (2) de los riesgos que pertenece al nivel alto, los cuales son “No detectar, ni informar oportunamente a las autoridades competentes los reportes de operaciones sospechosas” y “Que



los empleados no den estricto cumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos por la Universidad en temas de SARLAFT.” Ambos riesgos son susceptibles de presentarse, dado que el control no está en cabeza de un solo empleado sino de muchos que apoyan la gestión y cumplimiento del SARLAFT tanto de los procesos administrativos como académicos de acuerdo con sus funciones. El control para la prevención del riesgo está en las capacitaciones y monitoreos periódicos y el establecimiento de planes de mejoramiento.

A continuación, se muestra el nivel de riesgo en su respectiva distribución. Es de anotar que para el año 2022 se identificaron 5 riesgos nuevos que obedecen a los riesgos de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -PADM.





1.1.2 Planes de mejoramiento monitoreo SARLAFT/PADM

No.	CONTRAPARTE	HALLAZGOS	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA	PLANES DE MEJORAMIENTO
1	CLIENTE	<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>Se elevó la consulta al área de Tecnología de la Información para buscar una estrategia que facilite atender esta necesidad.</p>	<p>Tecnología de la Información</p> <p>Oficina de Gestión del Riesgo</p>	<p>Se hizo 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>
2	EMPLEADOS	<p>Se tiene que más 30% del personal (545 empleados) han actualizado el formulario de conocimiento de manera satisfactoria, quedando en Declaración firmada, del total de 1791 empleados reportados al 18 de julio de 2022. Aún está pendiente por diligenciar el formulario el 70% de la población.</p>	<p>Rectoría</p> <p>Oficial cumplimiento de</p>	<p>Para lograr tener mayor cobertura de actualización de datos de los empleados, se hará una campaña y acompañamiento con cada uno de los decanos, jefes, y con rectoría para que al final del año logremos cumplir con esta actividad</p>
	EMPLEADOS	<p>Aun se evidencia casos que no es posible tener respuesta de las instituciones para validar los títulos académicos de manera anticipada.</p>	<p>Bienestar institucional</p>	<p>Se recomienda dejar especificado los casos en el que no se obtiene 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.</p>
	EMPLEADOS	<p>Se ha recomendado que la contratación de docentes debe contar con el mismo proceso de vinculación que los empleados administrativos, es decir, que cuenten con el proceso de selección a cargo de Bienestar institucional que hagan un debido proceso de entrevistas, pruebas psicológicas y validaciones de títulos. Aunque, varias facultades se han acogido a estas recomendaciones aún quedan varias que no se han adherido al proceso.</p>	<p>Oficial cumplimiento de</p> <p>Bienestar institucional</p>	<p>Se creó un procedimiento que busca estandarizar el proceso de selección, vinculación y evaluación de los docentes.</p> <p>Se hizo seguimiento sobre el avance de esta acción y aún está pendiente su difusión y aprobación por parte del director académico y rectoría. Para el día 22 de julio se tiene reunión con el director Académico y jefe de bienestar para presentarle el procedimiento</p>



	EMPLEADOS	Se ha recomendado hacer un perfilamiento de los cargos de los empleados que sean más sensibles, como lo son los que involucran manejo de dinero y de personal, para que al momento de su contratación se les haga un proceso más completo donde se incluya visitas domiciliarias y polígrafo.	Bienestar institucional	En el monitoreo realizado, se le hizo esta recomendación al área de salud mental y atracción del talento humano para que pueda considerar esta mejora al proceso de selección. De igual forma será un tema que se incluirá en el comité de riesgos para que sea evaluado por los asistentes.
	PROVEEDORES	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 puedan ver la información y no se dupliquen esfuerzos y se hagan reprocesos.	Tecnología de la Información Oficina de Gestión del Riesgo	Se coordinó con el área de Tecnología de la información la creación de carpetas en el servidor de la Universidad para todas las facultades y dependencias administrativas

1.2 SICOF – Subsistema de Administración de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude

Para el mes de septiembre de 2022 este subsistema debe estar aprobado por el máximo órgano social. A la fecha, se está trabajando en la reestructuración documental para incorporar este subsistema, al manual de gestión integral del riesgo, lo que se pretende es la integración a que solo se tenga un manual que sea la guía para dar las directrices metodológicas de evaluación de riesgos, de roles y responsabilidades, matriz de riesgos unificada, capacitaciones, reportes, monitoreos, pero se requiere generar procedimientos con la especificidad que cada uno, de acuerdo con la norma aplicable para cada subsistema.

- Este subsistema habla de tener un canal de comunicación sobre denuncias, la Universidad ya tiene implementado el canal de transparencia desde el año 2019, se tiene definido procedimientos y un micrositio para la recepción y gestión frente a las denuncias. Se ampliará sobre este tema en el capítulo 3 “Canal de Transparencia”.
- También, se requiere definir políticas para la prevención y resolución de conflictos de interés, sobre este tema, la Universidad ya tiene definido un capítulo expreso en el código de ética, buen gobierno y transparencia, donde se define el debido proceso para la resolución de conflictos, así mismo, se contempló en la actualización de los formularios de conocimiento de contraparte, y se deberá ajustar y complementar con nuevos lineamientos ya que es de interés en todos los subsistemas de riesgos, gestionar este riesgo.



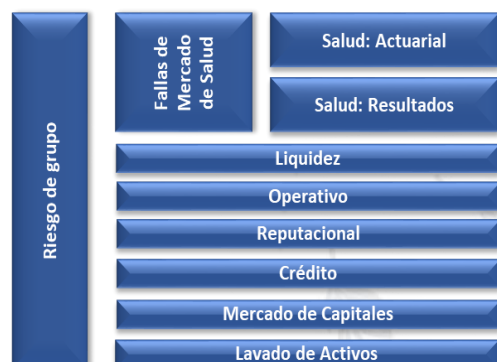
1.3 CE 003 de 2018: Implementación de mejores prácticas organizacionales - Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 Y C2

- Desde el año pasado que emitieron la Circular Externa 2021170000005-5 en el mes de septiembre de 2021, se hicieron los cambios correspondientes requeridos por la norma, y se reportó a la Supersalud en el mes de octubre del año 2021. Nuevamente se debe cumplir con este reporte ya que su periodicidad ya no es bienal sino anual.
- De acuerdo con las recomendaciones de esta circular, ya se tiene definido y aprobado por el consejo superior, los comités de conducta, de contraloría interna y el de comité de riesgos. Bajo la responsabilidad del área de gestión de riesgos, está el comité de riesgos y el de conducta, los cuales están programados para el segundo semestre del año en curso. Para el comité de contraloría interna, está bajo la responsabilidad de ejecución en la Dirección Financiera.
- Se está revisando la posibilidad de enviar a la sala de fundadores la propuesta sobre lineamientos del **código de integridad y de prácticas antisoborno**. Los entes de control dentro del marco normativo han emitido recomendaciones generales tanto a entidades privadas como públicas para implementar dichas acciones. Es de aclarar que este tema es de obligatorio cumplimiento para las entidades públicas, sin embargo, emiten recomendaciones de implementación para las entidades privadas.

1.4 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.

Para el desarrollo e implementación de este subsistema, se cuenta con unos periodos de transición de la siguiente manera: Riesgo salud y operacional: 18 meses, Riesgo actuarial, crédito, liquidez y mercado: 24 meses. Como este requerimiento aplica para riesgos en salud, se trabajará específicamente en las IPS CES (Sabaneta- Almacentro- Poblado). Actualmente se está reestructurando la documentación para incorporar este subsistema al manual de gestión integral del riesgo, lo que se quiere organizar es la integración a que solo se tenga un manual que sea la guía para dar las directrices, pero se requiere generar procedimientos con la especificidad que cada uno, de acuerdo con la norma aplicable para cada subsistema.

Se deberá contemplar como mínimo, los **siguientes riesgos priorizados y sus respectivos políticas y procedimientos**.





2. GESTIÓN DEL RIESGO

2.1 PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SEMESTRE

- En el mes de febrero con la **“facultad de medicina”** se inició con el diagnóstico y evaluación de los riesgos, de tal manera que este ayude a identificar los riesgos que impiden el logro de los objetivos y metas propuestos en la facultad. Es un reconocimiento muy grande por parte de la decana, motivarse a incorporar en su plan estratégico todo el enfoque de gestionar los riesgos. Este mismo ejercicio se desarrolló en el mes de junio con la **“facultad de odontología”** motivado por el decano por el mismo objetivo.
- El día 27 de abril se hizo presentación al Consejo superior sobre la gestión de riesgos de la Universidad CES. En este encuentro se dio la oportunidad de presentarles las matrices de riesgos que se maneja desde cada uno de los procesos administrativos o de apoyo y los riesgos estratégicos. Este ejercicio motivó a los máximos órganos a que se hiciera un estudio de los posibles riesgos que se pudieran presentar frente a cada una de las decisiones o extralimitaciones de acuerdo con sus funciones.
- El 30 de junio se desarrolló con la Sala de Fundadores y el Consejo Superior el análisis y evaluación de los riesgos asociados a las atribuciones contenidas en los estatutos de la Universidad CES. En este ejercicio se presentaron los riesgos, sus posibles consecuencias y se definieron recomendaciones y medidas de control por parte de Rector de la Universidad y el área de gestión del riesgo. Esto quedó consignado en un documento que fue enviado por correo electrónico y que será revisado por los máximos órganos. Así mismo, se hizo presentación por parte de Delima Marsh sobre la póliza de Directores & Administradores, las responsabilidades, exclusiones y su aseguramiento.
- Asesoría y acompañamiento al monitoreo de riesgos de las diferentes direcciones de la Universidad correspondiente al periodo 2022-1.
- Asesoría y acompañamiento al CVZ, en la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos asociados a la prestación del servicio, y direccionamiento estratégico de la sede.
- Asesoría y acompañamiento a la **“facultad de MVZ”** en la identificación de riesgos en proyectos en sus diferentes etapas, planeación, ejecución y cierre.
- Con el apoyo de Delima Marsh, y las áreas de tecnología de la información y gestión del riesgo, se inició el plan de trabajo para diseñar el DRP- Plan de Recuperación de Desastres de TI de la Universidad CES. Este será uno de los alcances que se tiene para el Plan de Continuidad del Negocio.
- Con las áreas de comunicación organizacional y TI, se está trabajando en el plan y manejo de crisis reputacional. Recientemente se incorporó el componente de ciberseguridad. Se espera entregar este documento al finalizar este año para que rectoría de su aval.

Para el segundo semestre se tienen programadas las siguientes actividades en materia de gestión del riesgo

- Reestructurar el sistema de Gestión integral de riesgos, de tal forma que se integre los demás subsistemas que tiene la Universidad como SARLAFT-SICOF- Gestión de riesgos en Salud. Esta propuesta será entregada en el mes de septiembre al consejo superior para su aprobación.



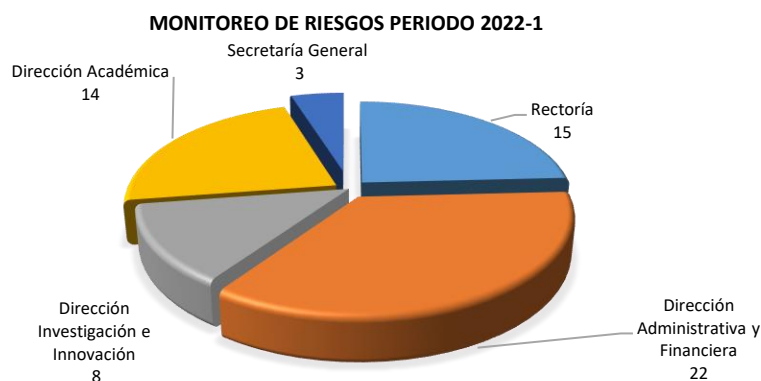
- Comité de riesgos y SARLAFT programado para el mes de agosto.
- Se tienen programado para el mes de septiembre taller de riesgos con el equipo estratégico de la Universidad para revisar los riesgos que se tienen evaluados desde direccionamiento estratégico. El alcance de esta reevaluación es considerar los nuevos lineamientos de Rectoría para el direccionamiento administrativo y académico de la Universidad.

2.2 MONITOREO DE RIESGOS

Durante el mes de junio se desarrollaron los monitoreos de riesgos correspondiente al semestre 2022-1. Para ello, se definió una nueva estrategia de monitoreo en el que ya no se va a manejar matrices de riesgos por cada una de las áreas administrativas, sino por direcciones, lo que representaría una concentración de esfuerzos para la mitigación y prevención de los riesgos, y así un mayor control de estos. Hasta el corte del monitoreo 2021-2 se tenían 35 matrices de riesgos de las dependencias administrativas, teniendo un total de 290 riesgos identificados. Ahora con la nueva estrategia se tienen 5 matrices de riesgos que se manejarán por cada dirección (Rectoría, Secretaría General, Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Investigación e Innovación y Dirección Académica), allí participan igualmente todas las áreas que hacen parte de cada una de las direcciones. El área de riesgos asesoró y acompañó a cada dirección en esta reestructuración, que tuvo como alcance reescribir y redefinir los riesgos, nuevamente establecer causas y controles y su calificación para determinar los niveles de riesgos.

El monitoreo de este periodo cerró con 62 riesgos en total. Esta nueva estrategia de evaluación de riesgos representó una reducción considerable del 80% de los riesgos pasando de 290 a 62 riesgos, donde se podrá tener mayor control de los mismos y especialmente por el líder del proceso.

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos en este monitoreo con la nueva reevaluación de riesgos de acuerdo con la metodología planteada.

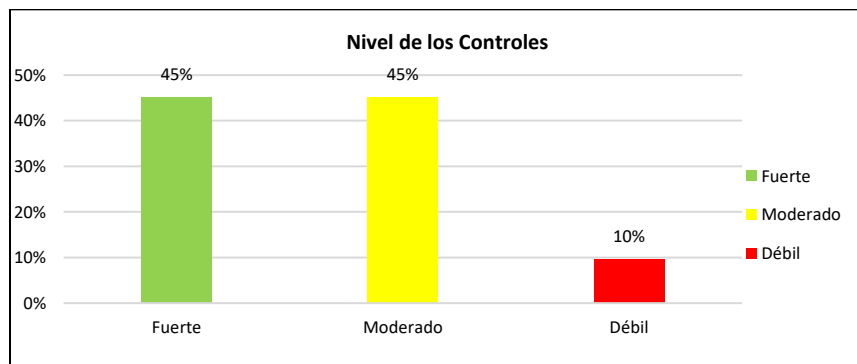
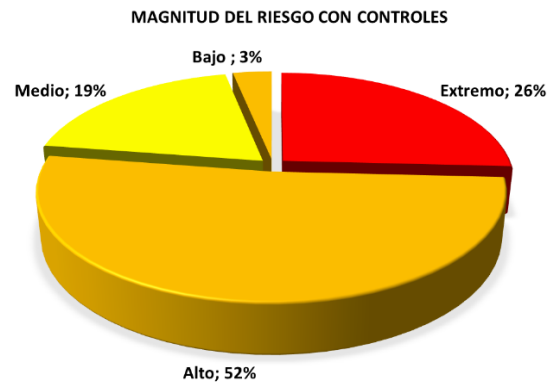


De acuerdo con el resultado, se evidencia que más del 50% de los riesgos se concentraron en el nivel alto, le sigue el nivel extremo. Esto indica que el 77% de los riesgos deben tener o definirse controles fuertes, de cumplimiento a corto plazo y de seguimiento permanente.



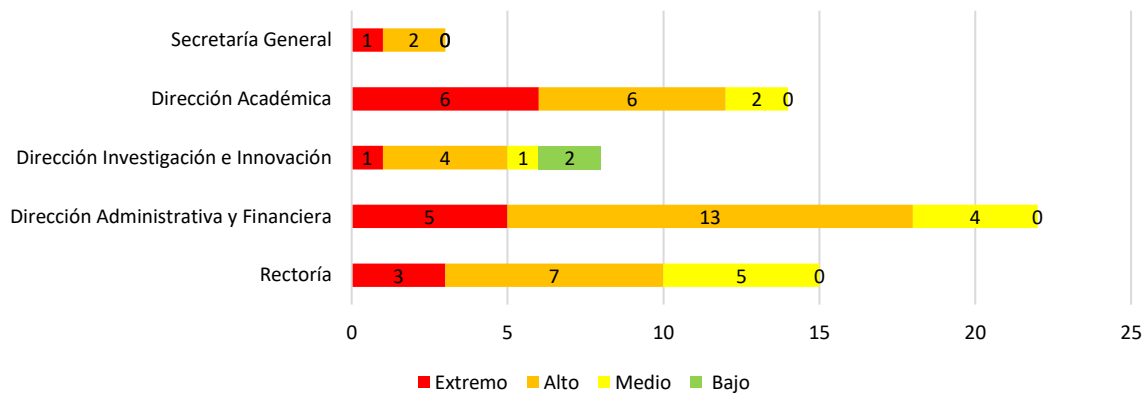
La evaluación arrojó que el 90% de los controles que tiene la Universidad para la mitigación de los riesgos son fuertes y moderados, lo que representa coherencia en el resultado de la evaluación con la atención prioritaria de medidas de control.

Magnitud Riesgo	2022
Extremo	16
Alto	32
Medio	12
Bajo	2
Total general	62



Son las siguientes direcciones las que deben concentrar esfuerzos en monitorear los riesgos de nivel alto y extremo

Número de riesgos por dirección según su magnitud





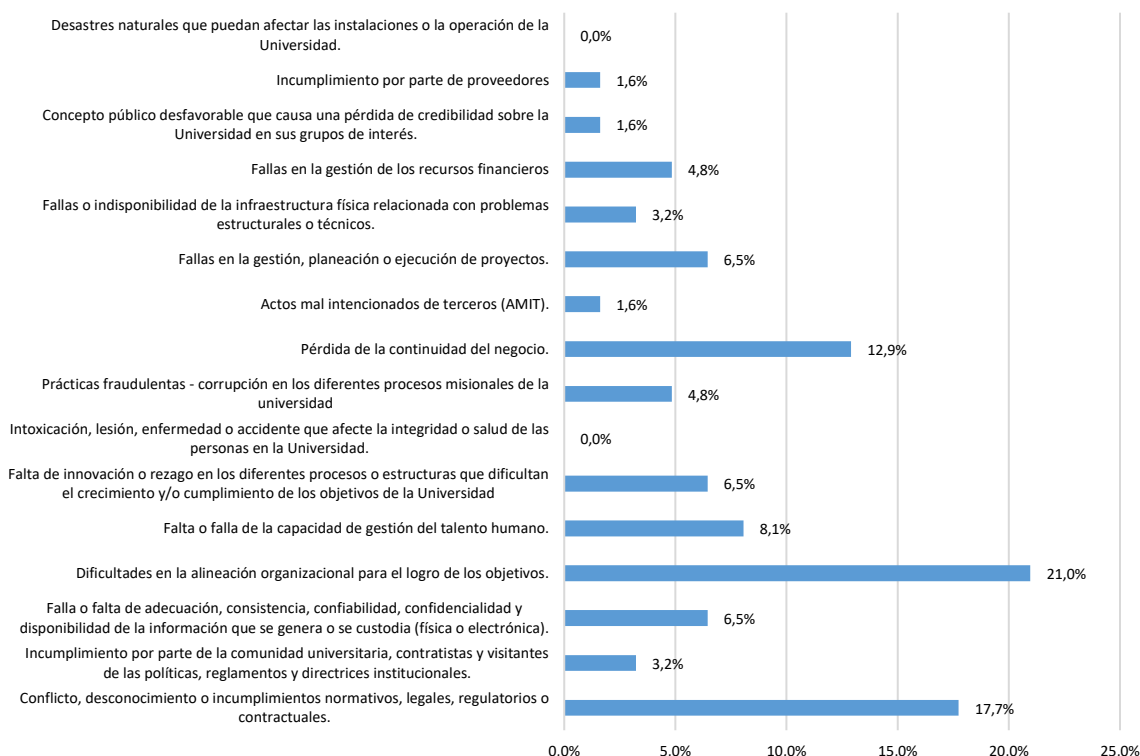
A continuación, se detallan los riesgos de magnitud extrema y las direcciones responsables

Dirección Responsable	Descripción del Riesgo	Magnitud del riesgo 2022	Controles 2022
Rectoría	Incapacidad de responder adecuadamente a una situación de crisis ante la opinión pública	Extremo	Moderado
Rectoría	Adquisición desarticulada de soluciones de TI para apoyar los procesos misionales y administrativos de la Universidad CES	Extremo	Débil
Rectoría	Usuarios de educación formal, no formal y otros servicios brindados por la Universidad atendidos por debajo de los estándares de calidad	Extremo	Débil
Secretaría general	Incumplimiento de las normas legales y reglamentos internos	Extremo	Fuerte
Dirección Académica	Indisponibilidad de recursos técnicos y tecnológicos para el desarrollo de procesos académicos	Extremo	Fuerte
Dirección Académica	Incumplimiento en los reportes de información a las entidades de vigilancia y control	Extremo	Fuerte
Dirección Académica	Inoportunidad en la realización de trámites (acreditación y registros calificados)	Extremo	Fuerte
Dirección Académica	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información relacionada a los procesos académicos.	Extremo	Moderado
Dirección Académica	Cambios generacionales, contextuales y demográficos que puedan afectar la pertinencia y relevancia de los servicios académicos.	Extremo	Débil
Dirección Académica	Indisponibilidad de escenarios de práctica para el desarrollo de prácticas académicas	Extremo	Fuerte
Dirección Administrativa y Financiera	Planeación inadecuada de los sistemas de seguridad de planta física institucional	Extremo	Fuerte
Dirección Administrativa y Financiera	Gestión inadecuada de los espacios físicos para actividades misionales	Extremo	Fuerte
Dirección Administrativa y Financiera	Gestión y proyección inadecuada del presupuesto para la ejecución de espacios físicos	Extremo	Moderado
Dirección Administrativa y Financiera	Gestión inadecuada a la vinculación y seguimiento de proveedores	Extremo	Fuerte
Dirección Administrativa y Financiera	Información presentada a los entes de control con normatividad desactualizada	Extremo	Fuerte
Dirección de Investigación e innovación	Incumplimiento en los reportes de información a las entidades de vigilancia y control	Extremo	Moderado

A continuación, se muestra los 62 riesgos distribuidos en las 16 categorías definidas, cada dirección le asigna la categoría que corresponda, con el fin de evaluar las tendencias de riesgos en el que se interrelacionan las diferentes direcciones.

Se observa que la mayoría de los riesgos se concentraron en la categoría de “Dificultades en la alineación organizacional para el logro de los objetivos”, seguido está “Conflicto, desconocimiento o incumplimientos normativos, legales, regulatorios o contractuales”. Para la mitigación de este riesgo, se recomienda que en un espacio como es el comité de riesgos en el que participan todos los directivos, se revise, analice y se tomen decisiones estratégicas que le apunten a estas tendencias.

Riesgos según su título



2.3 REGISTRO DE EVENTOS MATERIALIZADOS

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

Tener esta cultura de reporte eventos ayuda a la organización a conocer sus principales causas, esto permite a tomar acciones correctivas y plantear controles fuertes que prevengan nuevamente su ocurrencia

A continuación, mostremos los registros de eventos ocurridos en el semestre 2022-1, que reportaron las diferentes direcciones.

Dirección	Riesgo	Información
Dirección de investigación e innovación	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información	<p>Detalle del riesgo: Acciones u omisiones que reflejen datos o información equivocada en diferentes registros de la universidad, como pueden ser los registros académicos y de proveedores</p> <p>Descripción: Personal de la tienda universitaria y del centro de idiomas modifican datos o tienen permiso en BD maestras de SAP para modificar datos que no son de sus procesos y alterar información del registro académico.</p> <p>Causa: Requerimientos de desarrollos de SAP en sus áreas que afectan otros procesos de otras áreas</p> <p>Medida correctiva: Intervención de varias áreas con el compromiso de implementar nuevos procedimientos y realizar ajustes con acompañamiento de TI para evitar estas adulteraciones de los datos</p> <p>Nivel de riesgo: Alto</p>



	Vulneración en el acceso, registro y divulgación de información	<p>Detalle del riesgo: Modificar información de un artículo ya publicado</p> <p>Descripción: La autora de un artículo publicado en la Revista CES Psicología Vol. 13(1) 2020 solicita realizar unos cambios en dos palabras en el artículo. Al mes siguiente solicita otros cambios que afectan el sentido del artículo.</p> <p>Causa: Se ha generado confusión a las personas que están citando el artículo.</p> <p>Medida Correctiva: Se pide apoyo al área de Propiedad Intelectual para estudiar el caso, ya que los cambios solicitados afectan el sentido del artículo y éste ya había sido citado en diferentes ocasiones.</p> <p>Nivel de riesgo: Alto</p>
Dirección académica	Incumplimiento a la normatividad nacional e institucional relacionada con procesos académicos	<p>Descripción: Devolución por completitud del trámite de RC: Especialización en Medicina Familiar, Especialización en Ortopedia y Traumatología, Pregrado de Medicina, Maestría en Drogodependencias, Especialización en Neumología, Tecnología en Imágenes Diagnósticas, Doctorado en Salud Pública.</p> <p>Causa: Inconsistencia en: los datos de dirección, teléfono, nombre REPS de algunos escenarios de práctica, El plan de prácticas formativas de los anexos técnicos, inconsistencia en la vigencia de los convenios docencia-servicio, Concepto no favorable de escenarios de práctica, Considerar la modificación en la denominación del programa, pasando de Tecnología en imágenes diagnósticas a Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas. Se presentaron los planes de investigación, de relación con el sector externo, los planes de renovación de los medios educativos. Sin embargo, no fue suficiente para el MEN, por lo que se decide ampliar la información.</p> <p>Medida correctiva: Se da respuesta el requerimiento y se está trabajando de manera articulada con el Área de Docencia – Servicio.</p> <p>Se da respuesta el requerimiento y se está trabajando de manera articulada con las áreas de apoyo, encargadas de construir los planes de desarrollo a 7 años, según la Resolución 21795 de 2020.</p> <p>Descripción: Negación del registro calificado: Programa de Nutrición y Dietética, Maestría en Salud Mental, Maestría en Gestión en Enfermería, Especialización en Radiología, Psicología de la Salud</p> <p>Causa: Inconsistencias en el Plan General de Prácticas Formativas del programa, en correspondencia con el plan de estudios.</p> <p>El programa se niega por: Pertinencia de la denominación y el perfil de ingreso, No se evidencia la necesidad de una maestría en profundización en gestión en enfermería más cuando en el país hay varias maestrías en administración, Inconsistencias en el plan de prácticas formativas y en los anexos técnicos, En los anexos técnicos no se registran las prácticas formativas de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos. No se observan prácticas de salud pública o comunitarias, Tampoco se observan prácticas en servicios ambulatorios como la Consulta externa de psicología</p> <p>Medida correctiva: Se da respuesta el requerimiento y se está trabajando de manera articulada con el Área de Docencia – Servicio. Se analizan las razones de la negación y solicita recurso de reposición</p> <p>Nivel de riesgo: Alto</p>
	Inoportunidad en la realización de trámites (acreditación y registros calificados)	<p>Descripción: El informe de autoevaluación con fines de renovación de la acreditación se cargó en el Sistema SACES un día después de la fecha prevista</p> <p>Causa: El informe de autoevaluación con fines de renovación de la acreditación del programa de Fisioterapia se envió por el módulo de atención del ciudadano del MEN con 4 días de anticipación. Posteriormente por directriz del Dr. Silva del CNA, se solicita cargar el documento en el sistema SACES. Esta orientación no había sido clara debido que el actual sistema no es coherente con los nuevos lineamientos de acreditación y que además la normatividad en ese sentido no es explícita.</p> <p>Medida correctiva: Se revisa nuevamente y se refuerza el proceso de recordación de las fechas de entrega de los documentos (registro calificado y autoevaluación), con el fin de evitar que las facultades los entreguen a destiempo. En ese sentido el Área de Aseguramiento de la Calidad tendría más tiempo para maniobrar en caso de presentarse alguna contingencia.</p> <p>Nivel de riesgo: Extremo</p>

3. CANAL DE TRANSPARENCIA

La Universidad CES cuenta con el canal de transparencia desde el año 2019. A la fecha este medio de comunicación ha tomado fuerza ya que en la institución se ha reconocido como el único medio oficial en donde se recibirá las denuncias de los grupos de interés. Este se encuentra alojado en el portal web de la Universidad CES.

Como estrategia de comunicación, durante el primer semestre se divulgó a todos los grupos de interés, quién y qué conductas pueden reportar a través del canal de transparencia. Así mismo, se cuenta con correo electrónico donde también pueden hacer las denuncias: lineaetica@ces.edu.co



Para el segundo semestre se tiene programado el comité de conducta, el alcance de este comité es revisar los comportamientos, acciones o actividades que lesionen los intereses institucionales, los principios, los valores y el código de ética y buen gobierno de la Universidad o que afecten de alguna manera el bienestar social de la comunidad, además se

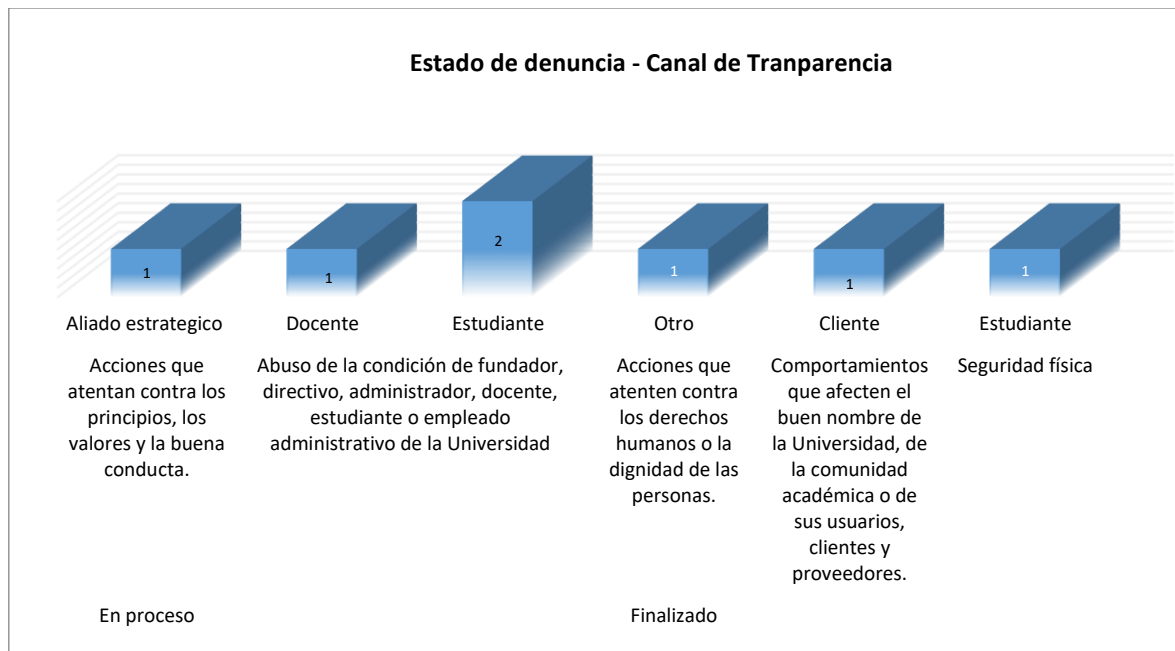
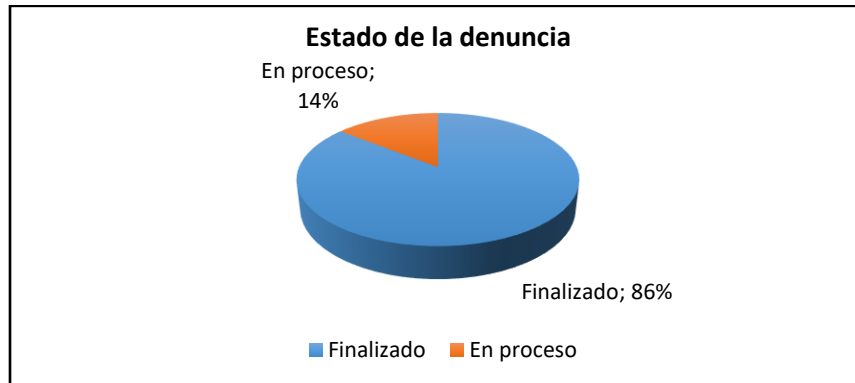
Una vez generada la denuncia, se realiza el debido proceso de notificación de acuerdo con las líneas de responsabilidades, en este caso se inicia con Secretaria General con quien se evalúa el reporte y de ahí se despliega la investigación de la denuncia con los responsables del proceso.

3.1 Reporte Canal de Transparencia

A continuación, se muestran los reportes que a la fecha se han hecho a través del canal de transparencia.

Para cada uno de los reportes se ha activado el debido proceso de recepción, investigación y cierre de la denuncia con los respectivos responsables del proceso.

A la fecha se tienen 7 denuncias, donde el 86% ya se encuentran en estado de **"Finalizado"**.





4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se tiene plazo hasta el mes de septiembre de cumplir con las nuevas regulaciones emitidas por el Superintendencia Nacional de Salud, específicamente para los sistemas SICOF y SARLAFT. Estos cambios requieren del apoyo de los líderes de procesos, las directivas de la institución y los máximos órganos de dirección, ya que es importante el cumplimiento de políticas y procedimientos, así como la asignación de recursos humanos, tecnológicos y económicos para lograr los objetivos planteados.
- Se reestructurará el Manual del sistema de gestión integral del riesgo, el alcance de éste es integrar todos los sistemas de riesgos que se vienen diseñando e implementando en la Universidad.
- Se deben concentrar esfuerzos para darle cumplimiento al desarrollo de segmentación de riesgos, tema que se encuentra definido y documentado en el manual de SARLAFT, pero falta implementarse ya que se debe contar con el personal ya sea interno o externo que apoye la parametrización en el que se pueda hacer analística de datos y perfilamiento de riesgos.
- Para el cumplimiento al requerimiento normativo señalado en la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 por la SNS, se va a incorporar en el sistema de gestión integral de riesgos de la universidad, los riesgos de tipo salud, operacional, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, este requerimiento es señalado para la IPS CES, no obstante, nuestro sistema es integral, por lo tanto, se debe particularizar si es el caso en temas de evaluación y medidas de control del riesgo.
- El manejo de información digital como lo es plataforma IncluCES, facilita monitorear y hacer control sobre los procesos para las actualizaciones de datos en proveedores y empleados, así como tener minería de datos que permita la definición de la segmentación y perfilamiento de riesgos de las contrapartes.
- Se definirán estrategias nuevas para fortalecer los programas de capacitación y de cumplimiento de actualización de datos, ya que la normatividad es muy contundente en definir estas actividades con un cumplimiento del 100% y aun no se ha logrado cumplir con este porcentaje.
- Como resultado de la evaluación de riesgos del ejercicio desarrollado el 30 de junio con los máximos órganos de la institución (Sala de Fundadores, Consejo Superior), es importante priorizar los riesgos de tipo político y sociodemográfico ya que hay una gran incertidumbre sobre posibles reformas que pueden afectar la continuidad del negocio, es por ello, se debe monitorear los cambios generacionales entorno a la permanencia de los estudiantes como de los docentes, el contexto político, económico y demográfico ya que puedan afectar o se puede cambiar la promesa de valor de los servicios académicos o en su defecto cambios en



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

la misión que no estén alineados con los principios fundacionales. Desde la administración y el área de riesgos monitorear y generar alertas que sirva de apoyo al máximo órgano para la toma de decisiones

Cordialmente;

Natalia Andrea Muñoz Gil
Oficial de Cumplimiento
UNIVERSIDAD CES

