

MAPA DE RIESGOS

Proceso/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL/Realiza las actividades de admisión, registro del historial académico y egreso de los estudiantes de acuerdo con el reglamento estudiantil y académico.	Posibilidad de pérdida de la información académica	1.Falta de copias de seguridad en intervalos de tiempo requeridos. 2.Inconsistencia en la migración de la Información. 3.Mobiliario inadecuado. 4.Condiciones ambientales inapropiadas. 5.Area del archivo sin acceso restringido. 6.Areas locativas insuficientes, para el almacenamiento de las hojas de vida (física). 7.Manejo inapropiado en la recepción y archivo de la documentación en las hojas de vida.	1. Insatisfacción de los usuarios. 2. Pérdida de imagen. 3. Reprocesos.	Posible (3)	Insignificante (1)	Baja	*Copias de seguridad (Tecnología y Admisiones, registro y control). *Depuración de las bases de datos *Digitalización de la información. *Monitoreo de las condiciones locativas(Archivadores). *Mobiliario con condiciones de seguridad. *Archivar la información diaria en las hojas de vida.	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Realización de copias de seguridad (Tecnología). *Depuración previa de las bases de datos para la migración de la información. *Digitalización de la información de las hojas de vida (Continuo). *Monitoreo de las condiciones locativas(Archivadores) *Mobiliario con condiciones de seguridad(Archivo que se tiene a cargo). *Archivar la información diaria en las hojas de vida.	*Segunda copia en el área de admisiones registro y control. *Archivos de excell. *Registro Document. *Solicitud en el plannea. *Hojas de vida física.	Abri 2016 23/082017	No se tienen observaciones de esta revisión. Se cumplió con el monitoreo y revisión, se modificaron causas y consecuencias. Se realizó la valoración de los controles estos han sido efectivos.	Líder de Admisiones, Registro y Control	Indicador Nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL/Realiza las actividades de admisión, registro del historial académico y egreso de los estudiantes de	Posibilidad de no ser oportunos en el servicio de la información académica	1.No recibir la información de manera eficaz de las diferentes áreas involucradas en el proceso. 2. No utilizar la plataforma establecida para el envío de la información.	1.insatisfacción de los usuarios. 2. Pérdida de credibilidad e imagen.	Posible (3)	Insignificante (1)	Baja	*Calendario Académico. *Indicador Tiempo de atención a solicitudes	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Seguimiento permante al calendario academico con notificación a las áreas involucradas *Semestralmente se evalua el indicador.	*Reportes en pdf, registro de envío por correo electrónico. *Registro en excell de la medición.	23/08/2017	Se cumplió con el monitoreo y revisión, se modificaron causas y consecuencias. Se realizó la valoración de los controles, Se concluye que los controles han sido efectivos.	Líder de Admisiones, Registro y Control	Indicador Tiempo de atención a solicitudes
APOYOS EDUCATIVOS/ Prestar servicios de apoyo educativo, procurando satisfacer las necesidades de información y formación de los usuarios y partes interesadas como aporte a la Misión Institucional.	Posibilidad de que los servicios educativos no alcancen la cobertura establecida para la población objetivo.	*Falta infraestructura física y tecnológica. *Falta de recursos bibliográficos. *Inadecuada difusión de los servicios. *Recorte presupuestal	*Insatisfacción del usuario. *Servicio no conformes. *Pérdida de imagen. *Disminución y/o supresión de los servicios de Biblioteca. *Recorte presupuestal	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	*Actualización permanente desde las nuevas tecnologías. *Apoyo permanente del área de tecnología. *Actualización de los microcurrículos y los Convenios interbibliotecarios *Indicador de impacto del uso de los servicios de la biblioteca *Indicador de satisfacción de usuarios formados * Solicitud de establecer las actividades al área de tecnología *Sensibilización al personal y acciones de mejora al personal de la Biblioteca en cuanto al servicio al cliente. *Estrategias para la actualización de los microcurrículos.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Revisión permanente de las TIC *Solicitudes por Plana *Mantener actualizados los microcurrículos y los Convenios interbibliotecarios *Medición de la satisfacción del cliente. *Capacitación permanente a la comunidad universitaria *Monitoreo constante del impacto del uso de los servicios *Reuniones periódicas con la Vicerrectoría Académica y la reunión de Decanos.	*Registro Software Plana *Registro revisión de microcurrículo *Registro de los convenios de préstamo interbibliotecario *Medición de la satisfacción del cliente *Registro de usuarios formados *Registro de satisfacción de usuarios formados *Registro de la asistencia *Rescata un libro	21/12/2016 22/08/2017	Reviso la matriz y la evaluación sigue vigente tal cual se hizo en abril, se adecuo el riesgo Que el material bibliográfico no se entregue con las especificaciones técnicas y oportunidad requerida por la Institución y fue evaluado. Se evaluó el Riesgo identificado, se adicionó una consecuencia y se modificaron los controles ingresando los que no se tenían contemplados. Los controles han sido eficaces y no se ha materializado el riesgo. Se asume el riesgo sin contemplar el aspecto relacionado con la Infraestructura.	Jefe de Biblioteca	*Indicador de impacto del uso de los servicios de la biblioteca
APOYOS EDUCATIVOS/ Prestar servicios de apoyo educativo, procurando satisfacer las necesidades de información y formación de los usuarios y partes interesadas como aporte a la Misión Institucional.	Posibilidad de deterioro de libros y equipos tecnológicos necesarios para la prestación del servicio.	*Deterioro del material por causas del medio ambiente, por la naturaleza misma del material, por el ambiente en el que se almacena y la forma en que se manipula. *Vandalismo de los usuarios	*Pérdidas financieras *Pérdida de información *Inadecuada prestación del servicio *Detrimiento patrimonial	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Verificación anual de inventario *Mantenimientos preventivos al material bibliográfico y a los equipos *Fumigación periódica de la Biblioteca *Evaluación y Descarte anual del material bibliográfico	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Verificación anual de inventario *Mantenimientos preventivos al material bibliográfico y a los equipos. *Fumigación semestral de la Biblioteca *Evaluación y Descarte anual del material bibliográfico *Campaña contra el vandalismo y el buen uso del material.	*Inventario *Soportes de mantenimiento de libros y equipo *Registros de evaluación y descarte Biblioteca *Campanas visuales	22/08/2017	Se revisó el riesgo desde la identificación. Se mantienen los controles.	Jefe de Biblioteca	No se tiene indicador
APOYOS EDUCATIVOS/ Prestar servicios de apoyo educativo, procurando satisfacer las necesidades de información y formación de los usuarios y partes interesadas como aporte a la Misión Institucional.	Probabilidad de que los servicios de la biblioteca no sean pertinentes para la comunidad institucional.	*La formulación del plan no está alineado con las necesidades de los usuarios *Recursos insuficientes para cumplir con el plan (tecnológicos y humanos) *No se hace seguimiento y evaluación al plan de acción de la biblioteca *Demora en los tiempos de respuesta a solicitudes de compra.	*Insatisfacción de los usuarios *Pérdida de credibilidad *Disminución en la demanda de servicios *Disminución y/o supresión de los servicios de la biblioteca	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Evaluación del plan de acción *Solicitudes docentes (Feria del libro) (Formato de evaluación) *Encuesta de satisfacción del cliente	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Evaluación del plan de acción *Solicitudes docentes (Feria del libro) (Formato de evaluación) *Encuesta de satisfacción del cliente	*Informe semestral de la medición de satisfacción del cliente *Plan de acción evaluado *Formato de solicitudes vs compras	22/08/2017	Este riesgo se mantiene controlado. Los controles son efectivos	Jefe de Biblioteca	*Indicador de impacto del uso de los servicios de la biblioteca
APOYOS EDUCATIVOS/ Prestar servicios de apoyo educativo, procurando satisfacer las necesidades de información y formación de los usuarios y partes interesadas como aporte a la Misión Institucional.	Duplicación en la adquisición de material bibliográfico que tiene poco préstamo	*Fallas en la identificación en la base de datos Janium.	*Pérdidas económicas *Afectación del presupuesto	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	*Base de datos Janium *Revisión de las solicitudes de los docentes (visto bueno decanos y Biblioteca)	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Revisión de las solicitudes de libros y revistas en la Base de datos Janium *Aprobación de las solicitudes (visto bueno decanos y Biblioteca)	Formato de las solicitudes diligenciadas y aprobadas.	22/08/2017	Este riesgo se mantiene controlado. Los controles son efectivos	Jefe de Biblioteca	No se tiene indicador

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
APOYOS EDUCATIVOS/ Prestar servicios de apoyo educativo, procurando satisfacer las necesidades de información y formación de los usuarios y partes interesadas como aporte a la Misión Institucional.	Que el material bibliográfico no se entregue con las especificaciones técnicas y oportunidad requerida por la Institución	*No se realiza la evaluación a los proveedores de material bibliográfico. *No se hace el proceso jurídico correspondiente *Los estudios previos están mal elaborados (Pliego de condiciones) *No se informa al área correspondiente sobre el incumplimiento del proveedor para su evaluación. *El material se encuentra agotado en el mercado adicional	*Deterioro Patrimonial *Pérdidas económicas del bien físico. *Investigaciones y/o posibles sanciones.	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	*Realizar evaluación a los proveedores del material bibliográfico. (Bienes) *Orientación y revisión por parte del proceso legal de los estudios previos y pliego de condiciones. (Jurídica) *Procedimiento Selección y Adquisición de recursos bibliográficos AEP-003 (biblioteca)	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Realizar evaluación a los proveedores del material bibliográfico. (Bienes) *Orientación y revisión por parte del proceso legal de los estudios previos y pliego de condiciones. (Jurídica) *Procedimiento Selección y Adquisición de recursos bibliográficos AEP-003 (biblioteca)	*Evaluación por parte de Bienes Estudios previos revisados *Procedimiento y manual de políticas de selección de materia	22/08/2017	Este riesgo se mantiene controlado. Los controles son efectivos	Jefe de Biblioteca	No se tiene indicador
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD ACADÉMICA / Servir como herramienta de gestión y aseguramiento de la calidad académica, que posibilite el desarrollo y funcionamiento armónico de la autorregulación institucional, al tiempo que se cumple con las exigencias de calidad de programas académicos e	Probabilidad de que los informes de autoevaluación de programas o institucional no cuenten con la debida rigurosidad conceptual y metodológica que afecten las metas de acreditación.	*Insuficientes recursos humanos, económicos, técnicos para la gestión del proceso. *Deficiencia de la información enviada por los distintos procesos para adelantar los informes de autoevaluación. *Formulación de planes de trabajo que sobrepasan la capacidad humana y técnica del proceso.	*Afectación las metas de acreditación definidas en el Plan de Desarrollo. *Planes de mejoramiento poco pertinentes a los resultados del proceso de autoevaluación. *Afectación de la imagen institucional	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Plan anual de inversión acorde a las necesidades del proceso. *Revisión de los informes de autoevaluación por parte de los Comités de autoevaluación de facultades. *Revisión por pares académicos colaborativos externos de los informes de autoevaluación de los programas. *Cronograma de los procesos de autoevaluación y acreditación.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Envío oportuno de documento con las necesidades de recursos humanos, financieros y de infraestructura. *Reuniones del Comité de Autoevaluación y Acreditación Institucional soportadas en actas debidamente diligenciadas. *Revisión por pares académicos colaborativos externos de los informes de autoevaluación de los programas. *Elaboración y seguimiento al cronograma de los procesos de autoevaluación y acreditación.	*Formato de Necesidades del proceso diligenciado. *Acta de aprobación del informe *Informe de revisión de los pares académicos *Seguimiento al Cronograma	07/12/2016 23/08/2017	*Se revisó la matriz del proceso y se eliminaron los riesgos * Manipulación o alteración de la información requerida para el proceso de autoevaluación", ya que, el riesgo no aplica, porque el área es un generador de documentos, la información que en estos se registra es enviada por otros procesos fuentes. *El riesgo " Ausencia de Planeación" se elimina; ya que no es considerado un riesgo. *El riesgo que el proceso mantiene es " Posibilidad de que sea negada la solicitud de acreditación y/o reacreditación en alta calidad de un programa académico de pregrado o posgrado", a este riesgo se le agrega un nuevo control a la matriz que no se había tenido presente y es aplicado, este control es la Revisión por pares académicos colaborativos externos. *El proceso no tiene riesgos de corrupción. Se revisó el contexto del proceso y se decide modificar el riesgo. Se identifica un riesgo que puede afectar el cumplimiento del objetivo del proceso y sobre el cual tiene la gobernabilidad de las acciones. Se cumplieron todas las etapas desde la identificación hasta las acciones relacionadas con los controles.	Líder de Aseguramiento de la Calidad Académica	Planes de mejoramiento/ Seguimientos realizados
BIENESTAR INSTITUCIONAL/ Brindar a los miembros de la comunidad institucional, espacios y actividades deportivas, socioeconómicas , culturales, de desarrollo humano y de salud, que	Probabilidad de que la programación de las actividades deportivas, socioeconómicas, culturales, de desarrollo humano y de salud no se ajusten a las necesidades y expectativas de la comunidad institucional.	*No se tiene en cuenta las necesidades y expectativas planteadas por la comunidad institucional. *Incumplimiento del plan de acción de bienestar institucional. *Recursos insuficientes para cumplir con el plan de acción establecido. *No hacer seguimiento y evaluación al plan de acción del proceso. *Incumplimiento de los convenios interinstitucionales para el	*Insatisfacción de los usuarios de los servicios de bienestar institucional. *Pérdida de credibilidad en el proceso de Bienestar Institucional. *Pérdida de imagen. *Disminución en la demanda de los servicios. *Sobrecosto y mal aprovechamiento de los recursos institucionales.	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	Medición de encuestas de satisfacción	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Assumir el riesgo	Aplicación de la encuesta de satisfacción a la población beneficiaria, tabulación de los datos, análisis estadístico e implementación de acciones de mejoramiento con base en los resultados obtenidos.	Encuestas de satisfacción	12/12/2016	Este proceso no se ha evaluado los riesgos desde diciembre de 2015 1. En abril de 2016 llego nuevo líder al proceso 2. Agosto de 2016 no fue posible trabajar completamente los riesgos, porque el líder se encontraba en Bogotá y luego se hizo solo una revisión a la identificación de los riesgos En diciembre se manifiesta la necesidad de evaluarlos en enero- ya que los controles con los que se evalúa apenas estarían ejecutándose en diciembre. Se analizó el contexto del proceso y se replanteó el riesgo, se analizó desde la identificación (causas y consecuencias) hasta la valoración de los controles.	Liliana Gutiérrez Macías- Líder de Bienestar Institucional	Grado de satisfacción de los beneficiarios de los servicios
BIENESTAR INSTITUCIONAL Brindar a los miembros de la comunidad institucional, espacios y actividades deportivas, socioeconómicas , culturales, de desarrollo humano y de	Probabilidad de que los programas de bienestar institucional no cumplan con la cobertura establecida para la población objetivo.	*No disponer de las instalaciones y dotación adecuada para el cumplimiento de las actividades. *Insuficiente recurso humano para el cumplimiento de las actividades programadas. *Debilidad en la planeación de las actividades. *Falta de difusión de los servicios de bienestar institucional.	*Insatisfacción de los usuarios de los servicios de bienestar institucional. *Deserción de los usuarios de los servicios. *Pérdida de imagen. *Deficiencias en la prestación del servicio. *Pérdidas financieras.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Evaluación a los indicadores de gestión: Medición de número de beneficiarios de los servicios de Bienestar Institucional. *Convenios con otras instituciones para la utilización de las instalaciones deportivas. *Cronograma semestral por programa. *Campañas de difusión de las actividades a realizar en el semestre.	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Assumir el riesgo	*Se diligencian los formatos de asistencia a las actividades, se ingresa a la plataforma de SIREX, análisis estadístico y se implementan las acciones de mejoramiento correspondientes. *Se realizan convenios interinstitucionales para que los estudiantes puedan utilizar las instalaciones deportivas. *Cronograma para el desarrollo de las actividades semestral. *Publicación de las actividades a realizar en el semestre para cada programa a través de los canales ofrecidos en la Institución.	*Registros de asistencia a las actividades. *Convenios interinstitucionales. *Cronograma por programa. *Piezas publicitarias y correos electrónicos.	2016/12/12	Este proceso no se ha evaluado los riesgos desde diciembre de 2015 1. En abril de 2016 llego nuevo líder al proceso 2. Agosto de 2016 no fue posible trabajar completamente los riesgos, porque el líder se encontraba en Bogotá y luego se hizo solo una revisión a la identificación de los riesgos En diciembre se manifiesta la necesidad de evaluarlos en enero- ya que los controles con los que se evalúa apenas estarían ejecutándose en diciembre. Se replanteó el riesgo de acuerdo con el análisis del contexto realizado se analizaron causas y consecuencias y valoraron los controles.	Liliana Gutiérrez Macías- Líder de Bienestar Institucional	Beneficiarios de los servicios de Bienestar I.
CONTROL INTERNO / Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los procesos institucionales, asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso	Posibilidad de no realizar oportunamente las evaluaciones independientes (auditorías, seguimientos y demás) a cargo de la oficina de Control Interno.	* Falta de actualización permanente a los funcionarios de la oficina de Control Interno con los temas relacionados a las evaluaciones. * Desconocimiento de la normatividad. * Falta de planeación. * Desconocimiento de responsabilidades. *No hacer el Plan General de Auditoría basados en análisis de riesgos por proceso *Decisiones externas en	*Desparramo de recursos para la Institución. * Reprocesos en la Planeación de las evaluaciones. * Materialización de riesgos estratégicos. *Afectación de la calidad del ejercicio auditor. * Falta de planeación. * Desconocimiento de responsabilidades. *No hacer el Plan General de Auditoría basados en análisis de riesgos por proceso *Decisiones externas en	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	* Documentación de los procedimientos e instructivo. * Reuniones de trabajo con seguimiento a los compromisos. * Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno que se cumpla con el cronograma de actividades y de auditorías del proceso.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Evitar el riesgo	*Actualización periódica de la documentación del proceso. *Seguimientos periódicos a los planes de trabajo. *Supervisión a las actividades contractuales de los auditores.	*Control de cambios en la documentación *Firma en los informes de avance contractual de los auditores. *Informes de gestión de la Dirección de Control Interno.	01/04/2016 03/08/2017	La matriz del proceso fue revisada en enero 28 de 2016 y se evaluó en abril, debe ajustarse a la guía 2015 para el próximo seguimiento. Se revisó el riesgo desde la identificación, se concluye que los controles se han fortalecido.	Directora Operativa de Control Interno	Cumplimiento del Plan Anual de actividades de la oficina de Control Interno
CONTROL INTERNO / Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los procesos institucionales, asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo y académico, la reevaluación de los distintos planes y en la	Posibilidad de incumplimiento del plan general de auditorías y el de actividades de control interno.	* Desarrollo de actividades no identificadas en los planes. * Insuficiencia de asignación de recursos para la ejecución de las auditorías. * Eventos externos a la Institución que impidan el desarrollo de actividades. * Ausencia de planeación en las actividades de la oficina de Control Interno. * Desparramo de las normas * Falta de supervisión en el desarrollo del proceso auditor.	* Reproceso en las actividades generales de los planes. * Atrazo en el desarrollo del programa de auditorías. * Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno del cumplimiento al programa de auditorías. * Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno de los lineamientos trazados en los procedimientos y programas de auditoría.	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	* Seguimiento a los requerimientos de la información por parte del equipo de Control Interno. * Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno del cumplimiento al programa de auditorías. * Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno de los lineamientos trazados en los procedimientos y programas de auditoría.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Assumir el riesgo	*Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno en mesas de trabajo el avance de la auditoría que se está realizando, con la presencia del equipo de control interno. * La oficina de Control Interno elaborará el plan general de auditorías de Control Interno, que comprende los procesos a auditar, este programa de auditorías esta aprobado por el Consejo Directivo y socializado en el Comité Coordinador de Control Interno. *Realizar el seguimiento y evaluación a los indicadores *Capacitación continua del equipo de control interno *Seguimiento al cumplimiento contractual de los auditores	*Actas de mesa de trabajo *Plan General de Auditorías y actas las instancias de revisión y aprobación. *Medición de indicadores *Certificados de capacitación *Firma en los informes de avance contractual de los auditores.	1/04/2016 03/08/2017	La matriz del proceso fue revisada en enero 28 de 2016 y se evaluó en abril, debe ajustarse a la guía 2015 para el próximo seguimiento. Se complementaron los controles y las acciones asociadas. Se concluye que los controles se han fortalecido.	Directora Operativa de Control Interno	Cumplimiento del Plan de Auditorías

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN Riesgo Inherente		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN Riesgo Residual		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
CONTROL INTERNO / Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles asociados a los procesos institucionales, asesorando a la	Posibilidad de incumplimiento en la presentación oportuna de informes a entes de control externo y otros.	* Falta de planeación. * Desconocimiento de la norma. * Negligencia del Director de Control Interno. * Incumplimiento en la entrega de información por parte de los procesos responsables de la rendición.	* Posibles sanciones disciplinarias, penales y fiscales adelantadas por los entes externos de control.	Raro (1)	Catastrófico (5)	Alta	*Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno que se cumpla con las fechas de rendición establecidas en el calendario de información de entes externos. *Existencia de cronograma de rendición de cuentas. *Solicitar a los procesos la información requerida antes del vencimiento de la obligación.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Asumir el riesgo	* Realizar seguimiento al cronograma de rendiciones a los entes externos. *Actualización permanente del normograma, específicamente en normas emitidas por los entes externos de control.	*Registro de cumplimiento de rendiciones *Correo de actualización y registro en SOLUCION	1/04/2016 03/08/2017	La matriz del proceso fue evaluado en enero 28 de 2016 y se evaluó en abril, debe ajustarse a la guía 2015 para el próximo seguimiento. Se revisó el riesgo desde la identificación, no se ha materializado, los controles han sido efectivos.	Directora Operativa de Control Interno	Cumplimiento del Plan Anual de actividades de la oficina de Control Interno
DOCENCIA / Desarrollar programas académicos acorde con la normatividad y con criterios de pertinencia, viabilidad, calidad e innovación,	Deficiencia o ausencia del personal docente para el desarrollo de las funciones misionales.	*Compromisos externos no relacionados con la labor *Falta de claridad o conocimiento de la norma	Deficiente prestación del servicio	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	*Establecimiento de planes de trabajo (TH-043) *Medir la efectividad del control a los planes de trabajo. *Evaluación de planes de trabajo art. 38 Estatuto General *Evaluación docente	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Definición de Planes de trabajo semestrales. *Ingreso del plan de trabajo al Software ACADEMIA *Evaluación de planes de trabajo en consejos de facultad *Verificación del estatuto profesoral	*Planes de trabajo *Registros en el software ACADEMIA *Evaluación al plan de trabajo	13/12/2016 08/08/2017	*Desaparece el riesgo " bajo nivel en pruebas saber Pro"; ya que no hay forma de gobernabilidad de este riesgo por parte del proceso. *Desaparece el riesgo "Incumplimiento de políticas"; ya que desde Planeación se sugiere no manejar algo tan general que se presta para ambigüedades; si hay un riesgo en el cumplimiento de la política, debe especificarse en que puntualmente. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta las acciones relacionadas con los controles. Se mejoró la redacción de estas acciones. Se concluye que los controles se han fortalecido.	Vicerrector Académico	Planes de trabajo/Evaluación de los planes de trabajo. Docentes contratados/Docentes cargados en el software
DOCENCIA / Desarrollar programas académicos acorde con la normatividad y con criterios de pertinencia, viabilidad, calidad e innovación,	Baja articulación de los procesos administrativos y los procesos académicos.	Desconocimiento de la reglamentación y las dinámicas académicas	Deficiente prestación del servicio	Probable (4)	Menor (2)	Alta	*Actualización políticas y sistemas de información institucionales.	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	Reducir el riesgo	*Definición de procedimientos y responsabilidades en el marco de las políticas y sistemas de información en los diferentes comités.	*Actas de reunión	23/08/2017	Se cumplió con el monitoreo y revisión del riesgo desde la identificación. Se concluye que los controles se deben fortalecer.	Vicerrector Académico	No se tienen
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna, generando una información contable y	Gastos no contemplados en el presupuesto inicial	Necesidades económicas anuales reportadas de forma incompleta, por las diversas dependencias de la Institución.	Redistribución del recurso, por falta de planeación, desfinanciando con ello otras necesidades de la Institución.	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	Extrema	Solicitar las necesidades económicas por dependencia con tiempo suficiente, que permita la planeación de cada dependencia y la inclusión de un gasto de forma oportuna.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	Formular y documentar un cronograma de solicitudes de diligenciamiento del formato GF-FR-026 Necesidades económicas anuales por dependencia estableciendo fechas de radicación en la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	*Oficios enviados desde la Vicerrectoría administrativa y financiera solicitando las necesidades económicas. *Formato diligenciado con las necesidades económicas por cada una de las dependencias	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles se mantienen y han sido efectivos.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna, generando una información contable y	Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto	*Desconocimiento de la norma. *Documentos soportes con objetos no claros. *Desconocimiento de la planeación presupuestal de la Institución.	*Ejecución presupuestal por rubros errada. *Datos históricos errados, para una proyección presupuestal. *Informes incorrectos.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Verificar conforme al presupuesto de gastos, la solicitud de CDP y RP, el objeto del gasto y la aprobación del responsable. *Contrastar la necesidad con plan de compras y presupuesto aprobado para la Institución.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	Revisar el diligenciamiento del formato GF-FR-022 Solicitud de CDP y/o registro presupuestal, conforme a las necesidades y al presupuesto asignado.	Formato GF-FR-022 Solicitud de CDP y/o registro presupuestal diligenciado	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles han sido efectivos.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna,	Dependencia económica de fuentes financieras nacionales y municipales	Las rentas propias no alcanzan a financiar la totalidad de los gastos de la Institución.	Desfinanciación presupuestal.	Casi Seguro (5)	Mayor (4)	Extrema	Elaborar el presupuesto de ingresos y gastos conforme a las transferencias municipales y nacionales asignadas para cada vigencia y a la proyección de las rentas propias.	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	Compartir el riesgo	Consolidar las necesidades económicas de la Institución financiar el gasto conforme a las proyecciones de ingresos por transferencias y de recursos propios.	Anteproyecto de Presupuesto Aprobado	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles han sido efectivos.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna, generando una información contable y financiera que oriente la toma de decisiones y	Reconocimiento errado de los hechos económicos	*Falta de idoneidad en el documento fuente. *Descripción inadecuada del hecho en el documento fuente. *Falta de información en el documento soporte. *Desconocimiento de la norma. *Interpretación inadecuada del hecho realizado, conforme al régimen de contabilidad pública. *Incapacidad de asociar el hecho económico realizado con las normas contenidas en el PGCP.	*Cuentas contables con registros errados. *Informes financieros con inconsistencias, para toma de decisiones.	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	Extrema	*Procedimientos definidos para conciliación contable y bancaria. *Consultar a la Contaduría General de la Nación las situaciones que pongan en duda el adecuado reconocimiento y revelación de los hechos realizados.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	*Aplicar los procedimientos definidos. *Elevar consulta sobre temas relevantes para la entidad que puedan impactar los estados financieros de la IUCMA.	*Formatos diligenciados de conciliaciones con soportes *Solicitud de concepto y respuesta cuando aplique.	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles se han fortalecido.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna,	Hechos económicos ocurridos, no registrados en contabilidad.	Falta de conciliación entre contabilidad y las dependencias que generan información contable	Informes financieros incompletos, para toma de decisiones.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Conciliación periódica de cuentas contables. *Envío de comunicados sobre la consolidación de la información contable. *Cumplimiento al manual de políticas contables. *Efectuar periódicamente conciliación de operaciones recíprocas.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	Verificar la composición de los saldos de las cuentas contables y compararlos con la información generada por las demás áreas de la Institución.	*Formatos de conciliaciones con soportes	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles han sido efectivos.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						ACCIONES			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Administrar los recursos financieros de la Institución de una manera confiable, eficaz y oportuna, generando una información	Información de los estados contables que no coincidan con los libros de contabilidad.	*Elaboración de estados contables, antes de efectuar el cierre contable. *Acceso al módulo contable, sin control de permisos, perfiles y roles. *Elaboración de estados contables, sin cotejar los libros contables.	Estados financieros erróneos, para toma de decisiones.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Efectuar el cierre contable, para elaborar estados contables. *Parametrización del software financiero, para el acceso a los diversos módulos, con asignación de permisos, perfiles y roles. *Extraer del módulo contable, la información para los estados contables y cotejarlo con los libros de contabilidad.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Evitar el riesgo	*Ejecutar el proceso de cierre contable, mensual y/o anual, en el software SICOF, siguiendo las directrices del manual de políticas y el manual del proveedor ADA. *Definir responsabilidades de los funcionarios y asignarle los permisos suficientes para cumplir su tarea en cada aplicativo de SICOF. *Revisar saldos contra auxiliares. *Realizar ajustes contables.	Estados financieros certificados acordos con libros contables.	01/12/2016 09/08/2017	Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada. Se revisó el riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles y las acciones necesarias para su implementación. Los controles han sido efectivos.	Vicerrectoría Administrativa y Financiera	No se tienen indicadores
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de	1. Posibilidad de no mantener el Sistema de Gestión Ambiental de manera adecuada, conveniente y eficaz.	*Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de Gestión. *Falta de compromiso y motivación del personal con el Sistema de Gestión. *Falta de recursos. *Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer los cambios de los requisitos de la norma.	*Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión. *Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. *Pérdida de la imagen Institucional. *Reprocesos.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Elaboración y Seguimiento de los aspectos e impactos ambientales mediante la matriz de aspectos e impactos ambientales * Matriz de requisitos legales requisitos legales. *Elaboración y Seguimiento programas ambientales *Elaboración indicadores ambientales *Seguimiento control operacional	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Actualización de la matriz de aspectos e impactos ambientales con los líderes de proceso. *Revisión y actualización periódica de requisitos legales aplicables al Medio ambiente en paginas oficiales. *Revisión y actualización programas ambientales. (uso eficiente agua, Uso eficiente energía, Manejo Integral de Residuos Sólidos. *Revisión, evaluación y acciones correctivas o de mejora de indicadores *Seguimiento indicadores	Registro de la Matriz de aspectos e impactos ambientales actualizada. Registro Asesorías. Programas ambientales Indicadores en Isolución	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicadores Isolución
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos ambientales generados en el desarrollo de sus actividades.	2. Posibilidad de no llevar a cabo el mejoramiento continuo de los procesos ambientales	*Falta de compromiso de los líderes de procesos. *Sobrecarga laboral. *Desconocimiento de las herramientas para la mejora continua. *No existen datos actualizados para realizar una adecuada evaluación y seguimiento. *Delegación de la responsabilidad en otras personas. *Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos. *Incumplimiento de las metas establecidas dentro de los programas ambientales *Falta de articulación en los proyectos de Investigación de carácter ambiental y el Sistema de Gestión Ambiental	*Pérdida del certificado del sistema de gestión. *Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *No se logra el mejoramiento continuo de los procesos. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. *Posibilidad de no implementar soluciones o mejoras de bajo costo en beneficio de la Institución y la mejora continua del sistema	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Elaboración y Seguimiento de los aspectos e impactos ambientales. * Identificación y Seguimiento cumplimiento requisitos legales. *Elaboración y Seguimiento programas ambientales. *Elaboración y Seguimiento indicadores ambientales	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Actualización de la matriz de aspectos e impactos ambientales con los líderes de proceso. *Revisión y actualización periódica de requisitos legales aplicables al Medio ambiente en paginas oficiales. *Revisión y actualización programas ambientales. (uso eficiente agua, Uso eficiente energía, Manejo Integral de Residuos Sólidos. *Revisión, evaluación y acciones correctivas o de mejora de indicadores *Seguimiento indicadores	Registro de la Matriz de aspectos e impactos ambientales actualizada. Registro Asesorías. Programas ambientales Indicadores en Isolución	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicadores Isolución
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos ambientales generados en el desarrollo de sus actividades.	3. Posibilidad de no lograr impacto con la promoción de una cultura ambiental en las partes interesadas	*Falta de recursos. *Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión. *Falta de compromiso en todos los niveles de la Institución. *Inadecuada aplicación de las técnicas y herramientas para la promoción del Sistema de Gestión. *Falta de conocimiento y apropiación del Software. *Falta de inducción y reinducción al personal involucrado.	*Pérdida de credibilidad y confianza en el Sistema de Gestión por los usuarios y partes interesadas. *Pérdida de oportunidades de mejora en los procesos. *Reprocesos que generan costos adicionales en la gestión de los procesos. *Falta de conocimiento y apropiación del Software. *Sistema de gestión obsoleto.	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	* Cronograma de formación del SGI * Campañas de educación y sensibilización ambiental	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Seguimiento al cronograma de formación en temas ambientales *Boletín SGI *Actividades de sensibilización y educación ambiental *Actualización sitio web ambiental *Participación programa de inducción y reinducción institucional	*Registro lista de asistencia *Piezas de comunicación *Registro fotográfico *Registro seguimiento Plan de formación	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicador Educación ambiental en Isolución
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos ambientales generados en el desarrollo de sus actividades.	4. Posibilidad de no cumplir con los requisitos legales de carácter ambiental aplicable a la Institución	*Insuficiente asignación presupuestal para el cumplimiento de los requisitos legales. *Controles ambientales deficientes.	*Sanciones económicas, legales y administrativas para la gestión de los requisitos legales. *Afectación de la imagen Institucional. * Detrimento patrimonial por sanciones económicas.	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	* Procedimiento Identificación, Actualización y Evaluación de Requisitos Legales y de Otro Tipo del Sistema de Gestión Integral *Implementación acciones correctivas *Programas ambientales	Improbable (2)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	* Seguimiento periódico en paginas oficiales para la identificación de nuevos requisitos legales. *Seguimiento a los planes de acción o programas establecidos por incumplimiento parcial o total de algún requisito. *Evaluación periódica a la matriz de Identificación, Actualización y Evaluación de Requisitos Legales y de Otro Tipo del Sistema de Gestión Integral	*programas ambientales *Planes de Acción. *Actas de Evaluación requisitos legales *Registro matriz de Identificación, Actualización y Evaluación de Requisitos Legales y de Otro Tipo del Sistema de Gestión Integral	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicador cumplimiento requisitos legales en Isolución
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos ambientales generados en el desarrollo de sus actividades.	5. Posibilidad de no realizar una gestión integral a los residuos sólidos y líquidos generados en la institución (ordinarios, especiales, peligrosos, recuperables)	* Insuficiente personal e Infraestructura física para el manejo y tratamiento de los residuos orgánicos. *Alto costo de disposición de residuos peligrosos y especiales. *No contar con plan de contingencia para el manejo integral de residuos sólidos *Desconocimiento de la comunidad institucional en separación en la fuente de residuos.	* Reducción de la vida útil del relleno sanitario *Problemas fitosanitarios al interior de la institución	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Plan de Manejo Integral de residuos sólidos. * programas ambientales *Controles operacionales *Seguimiento y ajuste controles operacionales	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	* Actualización anual PMIRS *Seguimiento generación de residuos ordinarios, especiales y peligrosos *Seguimiento programas e indicadores	*listas de asistencia actividades de educación y capacitación *Documento PMIRS y Manual riesgo químico actualizados. *registros seguimiento residuos especiales, peligrosos, ordinarios y recuperables	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicador Disminución residuos sólidos percápita, Residuos sólidos destinados para reciclaje, Disposición de residuos peligrosos. Isolución

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN Riesgo Inherente		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN Riesgo Residual		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los	6. Posibilidad de no lograr un enfoque de ciclo de vida dentro de los procesos de adquisición de bienes y servicios en la Institución	*El modelo de la contratación pública dificulta el cumplimiento de criterios ambientales. *Falta de claridad en el establecimiento de requisitos ambientales al momento de realizar adquisición de bienes y servicios. *Falta de conocimiento por parte de los líderes de proceso en temas relacionados con ciclo de vida y compras públicas sostenibles.	*Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión. *Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. *Pérdida de la imagen institucional. *Reprocesos. *Incumplimiento de políticas públicas.	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Establecimiento de criterios ambientales en el manual de contratación ambiental. *Establecimiento de requisitos ambientales en la adquisición de bienes y servicios ambientales	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	*Capacitación procesos críticos de la Institución donde se realiza la adquisición de bienes y servicios. *Seguimiento procesos de contratación institucional. *Solicitar a Gestión legal ajuste procedimiento de compras.	*Estudios previos de los contratos *Registro capacitación *Registro criterios ambientales	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	No se cuenta
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los	7. Falta de cumplimiento de los lineamientos establecidos en la política y objetivos integrales	*Incumplimiento de las metas establecidas dentro de los programas ambientales *Los programas ambientales no están alineados con la Política y objetivos ambientales. *Falta de recursos económicos para establecimiento de controles que lo requieren.	*Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión. *Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. *Pérdida de la imagen institucional. *Reprocesos.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Seguimiento cumplimiento política y objetivos integrales. *Seguimiento cumplimiento programas ambientales. *Seguimiento indicadores ambientales	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Asumir el riesgo	*Revisión y actualización programas ambientales. *Uso eficiente agua, Uso eficiente energía, Manejo Integral de Residuos Sólidos. *Revisión, evaluación y acciones correctivas o de mejora de indicadores *Seguimiento indicadores. *Plan anual de necesidades económicas del SGA	*Programas ambientales *registro medición cumplimiento Política y objetivos integrales *Indicadores en Insolución *Seguimiento a la ejecución del plan de necesidades económicas por dependencia *Informe revisión por la dirección	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	Indicadores Insolución
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los	8. Posibilidad de que se generen afectaciones medio ambientales que incidan en la comunidad aledaña	*Falta de seguimiento e implementación de controles ambientales. *Falta de comunicación entre el sistema de G.A - Procesos Institucionales y Comunidad	*Conflictos con la comunidad. *Sanciones económicas, legales y administrativas para la Institución. *Pérdida de la imagen institucional	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Implementación controles operacionales. *Seguimiento controles operacionales *Implementación acciones correctivas y de mejora	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Inspecciones ambientales para la identificación de posibles afectaciones y fallas en los controles operacionales establecidos. *Seguimiento Planes de mejoramiento *Solicitudes de servicio *Actividades de educación y sensibilización ambiental	*Registro listas de verificación *Registro solicitudes de servicio *registros de asistencia *Registro fotográfico	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	No se cuenta
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos	9. Posibilidad de no controlar oportunamente y de forma eficaz una emergencia ambiental	*Falta de educación y entrenamiento brigada de emergencias. *Falta de sensibilización con las partes interesadas. *Herramientas operativas inadecuadas. *Falta de recursos para la atención de emergencias.	*Afectación de la Infraestructura física. *Pérdida de vidas humanas *Pérdida de credibilidad y confianza en el Sistema de Gestión por los usuarios y partes interesadas. *Sanciones económicas, legales y administrativas para la Institución.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Plan de emergencias implementado. *Procedimientos operativos normalizados divulgados. *Simulacros emergencias *Implementación acciones correctivas y de mejora	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Implementación plan de Emergencias *Implementación Procedimientos operativos normalizados PON *capacitaciones brigada *Simulacros *Actividades de educación y sensibilización ambiental comunidad Institucional y visitantes	*Documento Plan de Emergencias *Documentos PON publicados en áreas críticas *Listas de asistencia, capacitación y simulacros *Registro fotográfico, capacitación y simulacros	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	No se cuenta
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos	10. Posibilidad de no adaptar el sistema de gestión ambiental a la nueva versión de la norma NTC ISO 14001:2015	*No se realiza una planeación oportuna de los cambios *Desconocimiento de los cambios de la norma del SGA por parte de los líderes y partes interesadas. *Falta de compromiso de los líderes y de la alta dirección.	*Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión. *Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. *Pérdida de la imagen institucional. *Reprocesos.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Elaboración Plan de transición a la nueva versión de la norma. *Implementación Plan de Transición	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Asumir el riesgo	* Implementación programa de transición del SGI	*Plan de transición en ejecución *Registro de nueva documentación generada a partir de los nuevos numerales de la norma	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	No se cuenta
GESTIÓN AMBIENTAL / Diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el desempeño ambiental de la Institución, involucrando las partes interesadas con el fin de controlar los impactos	11. Posibilidad de afectación en la salud de las partes interesadas de la Institución, asociado a problemas de movilidad	*Niveles de ruido alto producidos por cercanía con la vía al mar *Afectación de la calidad del aire debido a la cercanía de la avenida 80 *Falta de recursos económicos para implementar medidas de mitigación	*Aumento de las enfermedades respiratorias asociadas. *Ausentismo laboral y académico. *Bajo desempeño laboral y académico. *Enfermedad laboral	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Implementación normatividad de movilidad sostenible. *Campañas institucionales promoviendo movilidad sostenible *Planes de Movilidad Empresarial Sostenible —Planes MES	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	*Implementación normatividad de movilidad sostenible. *Campañas institucionales promoviendo movilidad sostenible *Planes de Movilidad Empresarial Sostenible —Planes MES Ampliación capacidad parqueadero de bicicletas y motos Programa de movilidad empresarial sostenible	No se cuenta con registros ya que se están implementando los controles	04/08/2017	Actualización matriz de riesgos mediante el análisis de amenazas y debilidades que pueden afectar el SGA.	Coordinador Sistema de Gestión Ambiental	No se cuenta
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS / Adquirir bienes y servicios de acuerdo con el Plan de Compras aprobado para cada vigencia fiscal y controlar el inventario	Bienes sin cobertura de póliza	*No reportar ante la aseguradora, los nuevos bienes que ingresan a la Institución. *Ausencia de controles en la recepción del bien y facturación.	*Detrimiento patrimonial *Pérdidas económicas *Sanciones disciplinarias *Sanciones fiscales *Pérdida de imagen	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Cumplir con las políticas de administración de inventarios y bienes muebles e inmuebles, de la Institución. *Dar cumplimiento al procedimiento en el manejo de los documentos legales en la Institución. *Reporte periódico de bienes incluidos en la póliza.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Dar cumplimiento a la política de administración de bienes muebles e inmuebles. *Radicación de la factura en el archivo. *Generar reporte consolidado de los bienes asegurados a la Vicerectoría Administrativa y Financiera.	*Informe consolidado de inclusión de bienes *Memorando enviado a la aseguradora *Radicación de la factura en el sistema Document *Informe de entradas al almacén	12/12/2016 15/08/2017	El riesgo " Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración", desaparece; ya que la Institución contemplará este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos. El riesgo "Inclusión de gastos no autorizados", desaparece; ya que, el proceso no lo contempla como un riesgo del proceso, porque todos los gastos son autorizados desde la vicerectoría Administrativa y Financiera para la realización de su CDP y RP. Se realiza revisión del riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles. Este riesgo está controlado y no se ha materializado.	Líder de Gestión de Bienes y Servicios	No se tiene indicador

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN Riesgo Inherente		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN Riesgo Residual		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS / Adquirir bienes y servicios de acuerdo con el Plan de Compras aprobado para cada vigencia fiscal y controlar el inventario devolutivo y de consumo en la Institución Universitaria	Posibilidad de pérdida, daño o deterioro de los bienes de la Institución	*No efectuar conteo y cotejo físico del inventario institucional. *Desconocimiento del manejo de la herramienta para el control del inventario. *No conciliación entre las áreas de contabilidad y bienes y servicios. *Condiciones inadecuadas de almacenamiento. *Indebida manipulación del bien por falta de método	*Detrimiento patrimonial *Pérdidas económicas *Sanciones disciplinarias *Sanciones fiscales *Pérdida de imagen	Casi Seguro (5)	Mayor (4)	Extrema	*Programación anual de inventario *Capacitación al personal para el manejo del software de inventarios *Conciliación con el área contable de la información de activos *Capacitación para el manejo del bien adquirido. *Aplicar la política para la recuperación del bien	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	Reducir el riesgo	*Ejecutar la programación de inventarios de todas las dependencias *Se capacita al personal en el manejo del software de acuerdo con la necesidad. *Envío de reporte de inventario al área contable para la respectiva conciliación. *Se incluye la solicitud de capacitación en el manejo del bien en el contrato al proveedor.	*Consolidado de inventarios ejecutados y el reporte individual del inventario realizado a cada área. *Reporte de inventario generado por el sistema *Acta de conciliación *Contrato	15/08/2017	Se realiza revisión del riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles. Este riesgo se ha materializado y se han implementado las acciones correctivas pertinentes.	Líder de Gestión de Bienes y Servicios	Bienes con incidencias
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS / Adquirir bienes y servicios de acuerdo con el Plan de Compras aprobado para cada vigencia fiscal y controlar el inventario devolutivo y de consumo en la Institución	Incumplimiento de condiciones por parte del proveedor en la entrega y servicio postventa	*Laxitud de la normatividad que aplica a los proveedores. *Inexactitud en las especificaciones de los bienes y servicios a comprar *Imprecisión en la selección del proveedor.	*Afectación de las actividades de los procesos por no disposición de insumos *Detrimiento patrimonial *Pérdidas económicas	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	*Cumplir con el Manual de Contratación *Evaluación de los requisitos al proveedor *Evaluación y seguimiento a proveedores. *Efectividad de las pólizas *Se evalúan los requisitos habilitantes del proveedor. *Se realiza evaluación periódica y seguimiento a los proveedores críticos y se retroalimenta al proveedor.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Precisión y claridad en las especificaciones técnicas del bien y/o servicio adquirido. *Solicitud de pólizas que amparen el contrato en cumplimiento y calidad. *Se evalúan los requisitos habilitantes del proveedor. *Se realiza evaluación periódica y seguimiento a los proveedores críticos y se retroalimenta al proveedor.	*Estudios previos *Procesos de contratación *Evaluación y reevaluación de proveedores	15/08/2017	Se realiza revisión del riesgo desde la identificación hasta la valoración de los controles. Se concluye que los controles se deben fortalecer por las dificultades que pueden presentarse con los proveedores debido a la laxitud de la normatividad.	Líder de Gestión de Bienes y Servicios	Evaluación y Reevaluación de proveedores
GESTIÓN DE COMUNICACIÓN / Gestionar estrategias de comunicación internas y externas que permitan generar satisfacción de las necesidades institucionales y de usuarios	Insatisfacción con la prestación de los servicios en términos de tiempo y calidad	*Solicitudes de servicio fuera de los rangos de tiempo establecidos. *Requerimientos de servicios informales. *Asistencia excesiva a reuniones. *Personal insuficiente y sin las competencias requeridas. *Ausencia de agenda de eventos institucionales. *Desactualización de software necesarios para el desarrollo del proceso. *Herramientas de trabajo obsoletas. *Escasa asignación de recursos.	*Falta de calidad en la prestación de los servicios. *Insatisfacción de los usuarios con la prestación de los servicios. *Retraso en la atención a los requerimientos de los usuarios.	Probable (4)	Mayor (4)	Extrema	*Procedimiento de Atención a solicitudes de servicios de comunicaciones. *No recepción requerimientos por fuera del procedimiento establecido. *Medición de indicadores del proceso. *Plan de Comunicaciones	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Procedimiento de Atención a solicitudes de servicio de comunicaciones. *Envío de flash notificando que la atención a requerimientos se hará solo con el diligenciamiento de la Solicitud de servicios. *No recibir requerimientos por fuera del procedimiento establecido. *Envío de correos electrónicos cuando no se cumple con el diligenciamiento del formato de Solicitudes de servicio. *Medición de indicadores de acuerdo con la frecuencia establecida.	*Atención de las solicitudes en PLANNEA *Medición de los indicadores	7/12/2016	Desaparece el riesgo publicidad engañosa ya que este no es considerado un riesgo, pues comunicaciones solo recepción las solicitudes de publicación. Con relación al riesgo Desactualización de la información, este paso a ser uno de los riesgos de la propuesta de riesgos extrafiscal, desde rectoría se daría un tiempo prudencial para que todo el mundo haga la actualización de todo lo publicado en relación con su proceso correspondiente, tanto en la web como en Isolucion. El proceso manifiesta que los riesgos actuales contemplados: insatisfacción con la prestación de los servicios en términos de tiempo y calidad. Afectación del posicionamiento de la marca Institucional. Estos riesgos son un compromiso de todos y deben ser manejados como estratégicos. Se revisó el riesgo desde la identificación, se analizó la probabilidad y el impacto y los controles establecidos.	Líder de Gestión de Comunicación	Satisfacción del Cliente
GESTIÓN DE COMUNICACIÓN / Gestionar estrategias de comunicación internas y externas que permitan generar satisfacción de las necesidades institucionales y de usuarios	Afectación del posicionamiento de la marca Institucional.	*Situaciones imprevisibles de orden académico, administrativo y proceder inadecuado de un funcionario. *Falta de presupuesto para llevar plan de mercadotecnia y comunicación para el posicionamiento de la marca Institucional.	*Pérdida de credibilidad Institucional. *Deterioro de la imagen. *Deserción de estudiantes *Disminución en los niveles de inscripción de estudiantes. *Desconocimiento de la razón social de la marca.	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	*Acuerdo 05 de 2015 Política de Comunicaciones. *Plan de Mercadeo y Comunicación *Uso de medios de comunicación con los que cuenta la institución. *Verificación y actualización de la información en los diferentes medios de comunicación institucional. *Creación del Plan de Compras *Actualización de las estrategias comunicacionales según las tendencias del sector y las necesidades del mercado *Manual Protocolo de comunicación en situación de crisis	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Lineamientos para preservar la imagen institucional y contribuir a los lineamientos de la marca. *Plan de Mercadeo y Comunicación establecido de acuerdo con los objetivos institucionales pero que es reducido para alcanzar los objetivos planteados por la dirección y las necesidades reales de la institución bajo su contexto. *Difusión de la información a través de los canales institucionales, con un cubrimiento limitado por la falta de personal para la creación de los contenidos. *Actualización de la información de los diferentes procesos según las solicitudes de los responsables de generar la información. *Generación del Plan de Compras de acuerdo con las necesidades de la Institución, que es reducido para alcanzar los objetivos planteados. *Control del impacto de las estrategias implementadas por la oficina de comunicaciones, generando redireccionamiento de acuerdo con los resultados obtenidos y ajustándose a la asignación presupuestal. *Manual de protocolo de crisis, instrumento de consulta para enfrentar una situación que afecte la marca.	*Política *Plan de Mercadeo *Canales de comunicación *Plan de Compras *Plan de Comunicaciones *Manual de protocolo de crisis	25/08/2017 7/12/2016	Desaparece el riesgo publicidad engañosa ya que este no es considerado un riesgo, pues comunicaciones solo recepción las solicitudes de publicación. Con relación al riesgo Desactualización de la información, este paso a ser uno de los riesgos de la propuesta de riesgos extrafiscal, desde rectoría se daría un tiempo prudencial para que todo el mundo haga la actualización de todo lo publicado en relación con su proceso correspondiente, tanto en la web como en Isolucion. El proceso manifiesta que los riesgos actuales contemplados: insatisfacción con la prestación de los servicios en términos de tiempo y calidad Afectación del posicionamiento de la marca Institucional. Estos riesgos son un compromiso de todos y deben ser manejados como estratégicos. Se analizó el contexto del proceso, se revisó el riesgo desde la identificación, se analizó la probabilidad y el impacto y los controles establecidos. Se analiza el riesgo desde la identificación, causas y consecuencias, se complementan los controles y se realiza la valoración. Se concluye que los controles pueden ser fortalecidos con una mayor asignación presupuestal.	Líder de Gestión de Comunicación	No se tiene
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA / Garantizar que la infraestructura física requerida para la operación, adecuación y el correcto funcionamiento de todos los procesos y desarrollo de las	Posibilidad de atraso en la prestación de los servicios del proceso enfocados al mantenimiento de la infraestructura física.	1. Excesiva demanda del servicio que sobrecarga la capacidad laboral del personal a cargo. 2. Talento humano insuficiente y con limitaciones. 3. Fallos técnicos, ambientales 4. Interrupción de las actividades programadas por otros procesos.	1. Inconformidad de los usuarios. 2. Retraso simultáneo de las actividades del proceso. 3. Deterioro de la imagen del proceso y de la credibilidad del mismo. 4. Interrupción de las actividades programadas por otros procesos.	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	Extrema	*Programación de mantenimientos preventivos internos y externos actualizados *Programación y atención de las solicitudes de servicios mediante el aplicativo PLANNEA. *Programación y ejecución de jornadas intensivas de mantenimiento vacacionales. *Medición de las calificaciones de satisfacción del usuario. *Medición de los indicadores de mantenimientos correctivos del proceso y de solicitudes externas.	Posible (3)	Insignificante (1)	Baja	Assumir el riesgo	*Programación de mantenimientos preventivos internos y externos actualizados *Atención de las solicitudes enviadas por el PLANNEA, de acuerdo con las prioridades definidas por el proceso. *Evaluación anual del cumplimiento de las actividades de Infraestructura programadas para el año. *Programación y ejecución de jornadas intensivas de mantenimiento vacacionales *Reprogramación del servicio atrasado con la debida justificación	*Programación de los mantenimientos- formato *Proyecto(s) en Plannea *Evaluación del cumplimiento de actividades en la misma formato de programación	13/12/2016 28/08/2017	Revisión general de la matriz del proceso. Se agregó el control de Programación y ejecución de Jornadas intensivas, para el riesgo de " Posibilidad de atraso en la prestación de los servicios del proceso de gestión de infraestructura", este control se realizaba, pero no había sido contemplado en la matriz de riesgos del proceso. Se realizó monitoreo y revisión del riesgo, desde la determinación de causas y consecuencias. El riesgo se ha mitigado. Los controles se mantienen.	Líder de G. de Infraestructura	Medición de la satisfacción del usuario
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA / Garantizar que la infraestructura física requerida para la operación, adecuación y el correcto funcionamiento de todos los	Probabilidad de no alcanzar la meta de intervención de los proyectos de infraestructura.	1. Retrasos en obligaciones contractuales. 2. Imprevistos no contemplados por la complejidad del proyecto. 3. Premura por asignación simultánea de recursos a ejecutar en términos inmediatos.	1. Afectación de las funciones de administrativas y misionales. 2. Generación de sobre costos. 3. Deterioro de la imagen del proceso.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Calibración periódica del presupuesto del proyecto o proyectos en etapa de ejecución. *Reajuste en temporalidad de los proyectos en ejecución cuando se amerite.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Assumir el riesgo	*Analizar el comportamiento de los recursos del proyecto con el fin de generar priorizaciones internas para balancear. *Establecer rutas críticas y eliminación de cuellos de botella surgidos en el proceso de ejecución.	*Programación de obra *Reprogramación de obra	28/08/2017	Se realizó monitoreo y revisión del riesgo, desde la determinación de causas y consecuencias. Se ajustaron los controles. No se ha materializado, los controles se mantienen.	Líder de G. de Infraestructura	Ejecución de los proyectos de infraestructura

Proceso/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
GESTIÓN DE LA EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL/ Promover el intercambio y enriquecimiento de conocimientos entre la Institución, la empresa, el Estado y la comunidad con el fin de contribuir a la solución de los	Posibilidad de que no se cumpla con la meta establecida en Plan de Desarrollo para la generación e ingresos por concepto de Extensión Académica y Proyección Social.	*No ejecución de convenios y/o contratos al 100%. *Insuficiente gestión para la celebración de convenios y/o contratos que permitan el cumplimiento de la meta establecida o acordada. *Dificultad para contratar por impedimento legal (Ley de garantías). *Inhabilidad para contratar por sanciones proferidas por un ente de control. *Demora en la liquidación de los contratos.	*Incapacidad para realizar al 100% la totalidad de las actividades contempladas en el plan de acción Institucional. *Incumplimiento a las acciones planteadas en el Plan de Desarrollo Institucional. *Dificultad para contratar el equipo base de Extensión Académica *Hallazgos administrativos de los organismos de control	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Seguimiento a la ejecución financiera de cada uno de los contratos (Software Contrata). *Seguimiento periódico a los ingresos sobre la meta establecida. *Seguimiento de Planeación al Plan Indicativo. *Seguimiento a la ejecución de ingresos y gastos por el área financiera. *Supervisión de cada uno de los contratos en el marco de la normatividad vigente.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Se realiza un seguimiento periódico a la contratación, así como a los recursos que dicha contratación puede generar a la Inst. Universitaria Colegio Mayor de Antioquia. *Revisión de la ejecución semestral de los Convenios y Contratos y registros de las Transferencias realizadas por Extensión Académica. *Seguimiento bajo responsabilidad del Coordinador de Extensión y de la Coordinadora de Convenios y Contratos. *Seguimiento a la ejecución de cada contrato a través del software Contrata bimensual y corresponde al insumo para la reunión con cada coordinador. *Seguimiento al Plan Indicativo bajo responsabilidad del Coordinador de Extensión para ser reportada a Planeación.	*Memorandos de transferencia *Informe al seguimiento del Plan Indicativo *Acta de seguimiento a contratos	01/04/2016 04/08/2017	Esta evaluación de los controles de los riesgos del proceso es de abril de 2016. Se analiza el contexto del proceso y se decide modificar los riesgos que se tenían identificados. Se analizan las causas y consecuencias y se valoraron los controles. De acuerdo con la Información Histórica este riesgo se ha materializado.	Coordinador de Extensión Académica	Ingresos Reales/Ingresos Proyectados (Plan Indicativo)
GESTIÓN DE LA EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL/ Promover el intercambio y enriquecimiento de conocimientos entre la Institución, la empresa, el Estado y la	Posibilidad de que los servicios de Educación Continua no sean pertinentes con las necesidades de sus egresados y del entorno.	*Poca o inapropiada consulta sobre las necesidades de los egresados y del entorno. *Falta de personal idóneo y suficiente para el desarrollo de las actividades. *Insuficientes estudios sobre necesidades de egresados y del entorno. *Poca difusión de estudios realizados sobre necesidades y expectativas de egresados y del entorno.	*La Oferta de servicios de Educación Continua puede no llenar las expectativas de formación de sus egresados y de otros públicos. *Afectación de la Imagen Institucional. *Disminución en la demanda de Servicios de Extensión Académica.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Solicitud del Plan de Educación Continua a las facultades. *Medición de la satisfacción del usuario *Evaluación del cumplimiento del objetivo de cada actividad de educación continua. *Implementación de acciones de acuerdo con los resultados de la encuesta. *Socialización de los resultados	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Aplicación de encuesta para medir el grado de cumplimiento de los objetivos trazados para cada actividad. *Someter a aprobación de Consejo de Facultad y/o Jefe de área correspondiente.	*Tabulación de las encuestas *Medición del Indicador *Reporte de servicio no conforme	01/04/2016 04/08/2017	Esta evaluación de los controles de los riesgos del proceso es de abril de 2016. Se analiza el contexto del proceso, se continúa con el riesgo. Se revisan las causas y consecuencias y se valoraron los controles. Este riesgo no se ha materializado. Los controles se han fortalecido.	Coordinador de Extensión Académica	Satisfacción del Cliente Educación Continua
GESTIÓN DE LA MEJORA / Documentar, implementar y mantener el Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente determinando oportunidades de mejoramiento continuo.	Posibilidad de no mantener el Sistema de Gestión de Calidad manera adecuada, conveniente y eficaz	* Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión. * Falta de compromiso y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. * Falta de recursos. * Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer los cambios de los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente. * Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos. * Alta rotación del personal de los procesos	* Pérdida de las certificaciones del Sistema de gestión. * Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. * Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. * Pérdida de la imagen Institucional. * Reprocesos.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	* Revisión por la dirección. * Auditorías internas * Seguimiento y medición de los procesos (Indicadores). * Evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Elaboración del informe de la Revisión por la Dirección para entregar al Rector, Representante de la Dirección y Jefe de Planeación. *Apoyo logístico a Planeación Institucional para la Revisión por la Dirección. *Contratar auditorías internas. *Acompañar la ejecución de la Auditoría interna de acuerdo con procedimiento GM-PR-001 Preparación y Ejecución de Auditorías Internas. *Enviar informe trimestral a los procesos del cumplimiento de los indicadores y acciones correctivas, preventivas y de mejora. *Enviar informe al Rector y Representante de la Dirección del seguimiento a los procesos (Indicadores y acciones correctivas, preventivas y de mejora).	*Informe de la revisión por la dirección *Listas de asistencia de la revisión por la dirección *Correos electrónicos *Contrato de auditorías *Programa, Plan e informes de auditoría *Informe trimestral por proceso *Informe al Rector y Representante de la Dirección	13/12/2016 25/08/2017	Desaparece el riesgo "Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable al Sistema de Gestión"; ya que desde Planeación se sugiere no manejar algo tan general que se presta para ambigüedades; si hay un riesgo en el cumplimiento de la norma, debe especificarse en que puntualmente. El riesgo " Manipulación o alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión (solucion)", será contemplado este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos. El riesgo " Ausencia de Planeación " se elimina, ya que no es considerado un riesgo de proceso; sino una condición de la persona. Se revisó el riesgo desde la etapa de identificación (revisión de causas y consecuencias) hasta la valoración de los controles. No se ha materializado, los controles se han mantenido y son efectivos. A la fecha no se evidencia la matriz de Riesgos estratégicos la cual el proceso de Planeación manifestó en diciembre de 2016 realiaría y que fue esta situación que llevo al proceso de Gestión de la Mejora a solicitar el retiro de los riesgos: "Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable al Sistema de Gestión" y "Manipulación o alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión (solucion)". No hay respuesta del personal de Planeación que asesora en el tema de riesgos sobre el avance de la matriz por lo tanto se decide incluirlos nuevamente en la matriz de Gestión de la Mejora "Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable al Sistema de Gestión", para garantizar que se cumple con las directrices de la guía DAFP. El riesgo de "Manipulación o alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión (solucion)", quedó contemplado como riesgo de corrupción del proceso GM.	Líder del Proceso	No se tienen indicadores definidos
GESTIÓN DE LA MEJORA / Documentar, implementar y mantener el Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente determinando oportunidades de mejoramiento continuo.	Posibilidad de no llevar a cabo el mejoramiento continuo de los procesos.	* Falta de compromiso de los líderes de procesos. * Sobrecarga laboral. * Desconocimiento de las herramientas para la mejora continua. * No existen datos actualizados para realizar una adecuada evaluación y seguimiento. * Delegación de la responsabilidad en otras personas. * Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos. * Falta de asignación de recursos.	* Pérdida del certificado del sistema de gestión. * Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. * No se logra el mejoramiento continuo de los procesos. * Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	* Auditorías internas. * Seguimiento y medición de los procesos (Indicadores). * Evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora. * Revisión por la dirección.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	* Contratar la auditoría interna * Realización y ejecución del programa de auditorías internas * Acompañar la ejecución de la Auditoría interna de acuerdo con procedimiento GM-PR-001 Preparación y Ejecución de Auditorías Internas. * Enviar informe trimestral a los procesos del cumplimiento de los indicadores y acciones correctivas, preventivas y de mejora. * Enviar informe al Rector y Representante de la Dirección del seguimiento a los procesos (Indicadores y acciones correctivas, preventivas y de mejora). * Elaboración del informe de la Revisión por la Dirección para entregar al Rector, Representante de la Dirección y Jefe de Planeación. * Apoyo logístico a Planeación Institucional para la Revisión por la Dirección. * Contratar auditorías internas.	* Contrato de auditorías * Programa, Plan e informes de auditoría * Informe trimestral por proceso * Informe al Rector y Representante de la Dirección * Informe de la revisión por la dirección * Listas de asistencia de la revisión por la dirección	25/08/2017	Se revisó el riesgo desde la etapa de identificación (revisión de causas y consecuencias) hasta la valoración de los controles. No se ha materializado, los controles se han mantenido y son efectivos.	Líder del Proceso	No se tienen indicadores definidos
GESTIÓN DE LA MEJORA / Documentar, implementar y mantener el Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente	Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable al Sistema de Gestión.	* Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer la normatividad de los diferentes Sistemas de gestión. * Falta de actualización del nomograma de cada uno de los Sistemas de Gestión. * Falta de recursos para aplicar la normatividad vigente.	* Sanciones económicas, disciplinarias, legales y judiciales. * Pérdida de la imagen Institucional. * Detrimiento patrimonial por sanciones económicas.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	* Afiliaciones a páginas relacionadas con el sector de la Institución. * Monitorear constantemente los cambios normativos y socializarlos mediante el procedimiento "Identificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo".	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	* Compra de una base de datos informativas (artículo 20) * Afiliación A Icontec * Actualización de la matriz de requisitos legales.	* Contrato de compra de base de datos informativa * Contrato de afiliación a ICONTEC Matriz de requisitos legales	31/08/2017	Se solicito a Planeación ingresarlo nuevamente a la matriz de riesgos de Gestión de la Mejora: Este había sido eliminado en diciembre de 2016 a solicitud del proceso de Planeación Institucional para ser incluido en la matriz de riesgos estratégicos institucional; a la fecha no se evidencia dicha matriz por parte de Planeación Institucional y no es conveniente para Gestión de la Mejora dejar el proceso sin este riesgo.	Líder del Proceso	No se tienen indicadores definidos

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
GESTIÓN DE LA MEJORA / Documentar, implementar y mantener el Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad	Posibilidad de no cumplir con la transición de la norma ISO 9001:2015.	* Falta de compromiso de los líderes de procesos involucrados en los cambios. * Falta de planeación de las actividades de la transición. * Falta de conocimiento de los temas que implican cambio.	* No cumplimiento de la norma ISO 9001:2015. * Generación de un gasto extra para la institución con el ente certificador por una no conformidad mayor. * Reprocesos para el Sistema de Gestión de la Calidad.	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	* Capacitación en la norma ISO 9001:2015 a los líderes de los procesos. * Cronograma de transición de la norma. * Correos electrónicos como recordatorio a los de los líderes de procesos involucrados en los cambios. * Asesoría con experto para evaluar el avance de la transición. * Reuniones periódicas del equipo del SGI para trabajar actividades de la transición.	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	* Programación y ejecución de la capacitación. * Elaboración de cronograma. * Redacción y envío de correos electrónicos. * Contratación de asesoría. * Agenda de reuniones.	* Listas de asistencia. * Cronograma. * Correos electrónicos. * Contrato / Listas de asistencia. * Listas de asistencia.	01/09/2017	Solicito a Planeación Institucional incluir en la matriz de GM el riesgo 04 "Posibilidad de no cumplir con la transición de la norma ISO 9001:2015". Este se evidencio como resultado del análisis del contexto del Sistema de Gestión de la Calidad.	Líder del Proceso	No se tienen indicadores definidos
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA / Gestionar, implementar, mantener y administrar tanto las TIC de la Institución, como también los recursos en apoyos educativos, como lo son equipos de computación.	Posibilidad de no acceso a la plataforma tecnológica Institucional.	*Incorrecto funcionamiento red eléctrica. *Daño en equipos de comunicación. *Daño servicios de Internet. *Daño servidores de datos. *Daño en estaciones de trabajo. *Intromisión de usuarios externos.	*No acceso a la información oportunamente. *Retraso en el desarrollo de las actividades.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Mantenimiento del Sistema Eléctrico. *Configuración Plataforma Tecnológica que permite realizar redundancia a aplicativos Institucionales y Red de Datos. *Mantenimiento de PC. *Sistema de Seguridad perimetral. *Equipos de Respaldo eléctrico: planta, Ups. *Sistema de contingencia, plataforma virtuales. *Reposición de equipos según existencia.	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Cronograma de Mantenimientos Sistema Eléctrico. *Sistema de Virtualización para redundancia de servidores. *Cronograma de Mantenimientos PC. *Sistema de Monitoreo UTM	*Reportes de mantenimiento Eléctrico *Reporte de consumo de recursos. *Reportes de mantenimiento PC. *Reportes de consumo.	25/08/2017	Se analizó el contexto del proceso y se revisaron los riesgos que se tenían identificados, se analizaron causas, consecuencias, controles y acciones relacionadas. Los controles se han fortalecido.	Líder de TI	No se tiene
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA / Gestionar, implementar, mantener y administrar tanto las TIC de la Institución, como también los recursos en apoyos educativos, como lo son equipos de medios audiovisuales, aulas, auditorio.	Posibilidad de pérdida de información.	*Intromisión de usuarios externos. *Vulnerabilidad de la plataforma tecnológica. *No cumplimiento de los lineamientos en almacenamiento de la información. *Daños servidores de trabajo y equipos de cómputo.	*Reprocesos en las diferentes actividades académicas y administrativas. *Afectación de la Imagen Institucional. *Oportunidad en la entrega de información y resultados de los procesos. *Sanciones económicas y de ley. *No cumplimiento de los objetivos misionales.	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	*Configuración y revisión Plataforma de Servidores. *Respaldo Y Backups. *Implementación de reglas para acceso a la red Institucional, acceso Wifi, políticas de navegación, parametrización de usuarios, monitoreo flujo de internet, trazabilidad y medición de conexiones. *Mantenimiento de Equipos. *Funcionamiento de Servidores Backup. *Restauración de Copias de Seguridad. *Aplicación, bloqueos, restricciones en equipos Seguridad Perimetral.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Copias de Seguridad *Restauración de Backups *Parametrización de Gestión UTM *Cronograma de Mantenimientos Preventivos	*Registro Copias de Seguridad y Custodia. *Registro de restauración de *Respaldos. *Mantenimientos de Equipos.	25/08/2017	Se analizó el contexto del proceso y se revisaron los riesgos que se tenían identificados, se analizaron causas, consecuencias, controles y acciones relacionadas. Los controles han sido efectivos.	Líder de TI	No se tiene
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA / Gestionar, implementar, mantener y administrar tanto las TIC de la Institución, como también los recursos en apoyos educativos, como lo son equipos de medios audiovisuales, aulas, auditorio.	Vulnerabilidad de plataforma tecnológica	*Desactualización de las firmas Antivirus. *Conexión de dispositivos de dudosa procedencia. *Ausencia de Sistemas de protección y equipos de seguridad. *Ausencia de políticas en los Sistemas de Protección.	*Daños a los sistemas de información. *Pérdida de Información. *Afectación de las actividades. *Daño de plataforma tecnológica.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Actualización Plataforma Antivirus. *Monitoreo y revisión de Virus Informáticos en estaciones de trabajo. *Monitoreo y Revisión en plataforma UTM. *Envío de comunicados frente a ataques informáticos. *Parametrización y bloqueos de URL en dispositivos. *Configuración y actualización de Servidores y estaciones con parches de seguridad. *Bloqueo y aislamiento de equipos.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el Riesgo	*Ejecución de Procesos de escaneos. *Revisión de Infecciones. *Configuración de navegación, restricciones, parametrización. *Flash informativo sobre ataques cibernéticos.	*Reportes Antivirus. *Escaneos, Infecciones. *Reportes Sistema Seguridad Perimetral. *Correos Electrónicos.	25/08/2017	Se analizó el contexto del proceso y se revisaron los riesgos que se tenían identificados, se analizaron causas, consecuencias, controles y acciones relacionadas. Este riesgo no se ha materializado, los controles se han fortalecido.	Líder de TI	No se tiene
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA / Gestionar, implementar, mantener y administrar tanto las TIC de la Institución, como también los recursos en apoyos educativos, como lo son equipos de medios audiovisuales, aulas, auditorio.	Posibilidad de No actualización e integración de los Sistemas Informáticos y desarrollos Tecnológicos en la Institución.	*Falta de análisis en necesidades tecnológicas Institucionales por parte de los procesos. *No existencia de presupuesto. *Desconocimiento de las TIC en la Institución.	*Reprocesos en las diferentes actividades Institucionales. *Herramientas tecnológicas obsoletas. *Bajo rendimiento en la productividad.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Actualización de Sistemas y Aplicativos. *Política de TI *Reuniones y exposición de necesidades de integración. *Plan de Necesidades Anuales. *Ejecución de Actualizaciones, algunas requieren presupuesto. *Reuniones con procesos en Desarrollo Informático.	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Ejecución de Actualizaciones de Sistemas, Aplicativos. *Reuniones de trabajo para analizar necesidades. *Ejecución plan de necesidades.	*Registro de Actualizaciones. *Actas de Reuniones. *Reporte Plan de Necesidades.	25/08/2017	Se analizó el contexto del proceso y se revisaron los riesgos que se tenían identificados, se analizaron causas, consecuencias, controles y acciones relacionadas. La participación de Tecnología en las decisiones sobre desarrollo de aplicativos y compra de software en la Institución se ha fortalecido. Los controles se siguen fortaleciendo.	Líder de TI	No se tiene
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO / Garantizar la selección y vinculación del personal de acuerdo con los perfiles y competencias del cargo, el desarrollo integral de las personas, la formación en	Posible vinculación del personal administrativo y docente que no cumple las competencias y/o requisitos exigidos.	*Falta apropiación del procedimiento de selección y vinculación y los requisitos que se deben cumplir por parte de los líderes responsables de la selección del talento humano. *No cumplimiento del perfil	*Afectación en la calidad del servicio. *Poco apoyo en la gestión y entrega de resultados.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Procedimiento de selección y vinculación. *Inducción del personal *Lista de chequeo para el control de los requisitos de ingreso. *Manual de funciones para el personal administrativo *Estatuto docente *Evaluación de desempeño	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Realizar la verificación y comprobación de los requisitos sustantivos de las competencias exigidas del personal vinculado a la Institución (lista de chequeo requisitos de ingreso TH-FR-051 Y TH-FR-004) *Se realiza inducción al personal docente semestralmente y al personal administrativo cada dos años donde se incluye en los temas a tratar el cumplimiento de requisitos de vinculación y cumplimiento de competencias. *Actualización del Manual de funciones de acuerdo con las necesidades. *Estatuto docente. *Cumplimiento oportuno de la Evaluación de desempeño.	Lista de chequeo requisitos de ingreso TH-FR-051 Y TH-FR-004 *Lista de asistencia Inducción *Manual de funciones *Registros Evaluación de desempeño.	14/12/2017	En la revisión general de la matriz del proceso se observa: Debe hacerse un riesgo de nómina para el proceso Desaparece el riesgo que se tenía con relación " Plan de estímulos", ya que la institución cuenta ya con este y por norma tiene siempre un presupuesto asignado. El riesgo "No realización de la evaluación de desempeño en los tiempos establecidos", cambia su redacción por " Posibilidad que los resultados de la evaluación de desempeño sean influenciados para un beneficio particular". Se cumple con el monitoreo y revisión del riesgo, se revisa la identificación del riesgo, causas y consecuencias, se analiza el riesgo y se revisa la valoración de los controles hasta las acciones relacionadas. Los controles se mantienen.	Líder de Talento Humano	No se tiene
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO / Garantizar la selección y vinculación del personal de acuerdo con los perfiles y competencias	No cumplimiento del PIC por parte de los líderes y decanos.	*Falta de compromiso de líderes y decanos con las necesidades reportadas para el PIC. *Falta de socialización del PIC por parte de los líderes y decanos con el equipo de trabajo.	*Funcionarios no capacitados ni actualizados. *No aprovechamiento de los recursos disponibles para el PIC. *Disminución en el presupuesto para este concepto por la no ejecución.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Comunicación a líderes y decanos recordando para el cumplimiento del PIC *Socialización del PIC *Comité de Capacitación *Indicador de cumplimiento de presupuesto.	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Envío de comunicación a líderes y decanos recordando para el cumplimiento del PIC *Envío del PIC a líderes y decanos *Se realizan mesas de trabajo para realizar seguimiento al PIC en Comité de Capacitación	*Correos electrónicos *Actas de comité de capacitación	14/12/2017	El control de este riesgo debe continuar fortaleciendo para que la gente asista a las capacitaciones. Se revisa el riesgo desde la identificación hasta las acciones asociadas a los controles. Se concluye que se debe continuar con los controles establecidos y fortalecer el seguimiento.	Líder de Talento Humano	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN Riesgo Inherente		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN Riesgo Residual		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
GESTIÓN DOCUMENTAL/ Custodiar la información de archivo de la institución según el ciclo vital de los documentos, de acuerdo con la Tabla de Retención Documental y las normas establecidas, con el propósito de	Posibilidad de pérdida del material de archivo e información digital (Document)	*Vandalismo *Incendio o Inundación *Controles deficientes al realizar préstamo del documento original *Error humano por falta de concentración al elaborar el documento *Falta de capacitación en el manejo del software Document	*Pérdida de imagen * Sanciones disciplinarias *Deterioro patrimonial *Pérdida de la memoria histórica	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	*Verificar y revisar las transferencias primarias. *Controlar el préstamo de los documentos originales. *Capacitación en el manejo del software Document. *Normas para el acceso a la información física.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Se revisa y verifica la transferencia primaria cotejando con el contenido de la caja. *Se recibe la solicitud del préstamo del documento, en el formato establecido GL-GD-FR-014. Solicitud préstamo de documentos, se procede a la búsqueda en el sistema Document y se envía correo al solicitante, en caso de que el documento solicitado no esté el sistema se procede a escanearlo y se envía por correo electrónico al solicitante. *Capacitación en la herramienta Document, al usuario que lo solicite o de acuerdo con necesidad detectada por el personal de archivo.	*Formato único de inventario documental GL-GD-FR-10. *Correos electrónicos de documentos escaneados compartidos *Listas de asistencia a capacitaciones	14/12/2016 14/08/2017	La evaluación del control es Moderada y no se tiene una observación con relación a la misma. Se hizo monitoreo y revisión del riesgo, desde la identificación hasta los controles establecidos.	Líder Proceso G.Documental	Entrega de documentos solicitados oportunamente
GESTIÓN DOCUMENTAL/ Custodiar la información de archivo de la institución según el ciclo vital de los documentos, de acuerdo con la Tabla de Retención Documental y las normas establecidas, con el propósito de conservarla y	Posibilidad de deterioro de los documentos por agentes externos (microorganismos y agentes probióticos)	*Condiciones inapropiadas del medio ambiente. *Almacenamiento inadecuado. *Influencia de microorganismos externos, (hongos, insectos roedores, etc)	*Pérdidas financieras *Pérdida de información *Inadecuada prestación del servicio *Detrimiento patrimonial *Insatisfacción del cliente	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Cumplimiento del acuerdo 049 del 2000 del Archivo general de la nación. (Condiciones locativas para el archivo) *Bodegaje en custodia de los documentos de archivo. *Fumigaciones	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Se realizará una adecuación de la oficina del archivo central. *Solicitud de compra de insumos para el archivo de documentos en desahucado. *Limpieza periódica al local de archivo. *Fumigación mensual al local de archivo.	*Proyecto trasladado a Infraestructura, pendiente de aprobación. *Insumos archivísticos desahucados.	14/12/2016 14/08/2017	Dentro de la evaluación del control se discutió que debe acordarse con Infraestructura para hacer llegar la evidencia de las fumigaciones a gestión documental y solicitar otro tipo de aseó al realizado permanentemente dentro todas las oficinas de la institución. Las acciones propuestas en el monitoreo anterior están pendientes. Se trabajará en el proyecto de adecuación de la oficina para mejorar las condiciones locativas.	Líder Proceso G.Documental	No se tiene indicador
GESTIÓN DOCUMENTAL/ Custodiar la información de archivo de la institución según el ciclo vital de los documentos, de acuerdo con la Tabla de Retención Documental y las normas establecidas, con el propósito de	Posibilidad de flujo inoportuno de la información a los usuarios.	*Destinatario no identificado *Traspapelado del documento *Vencimiento del término *No recibo del documento por ausencia del funcionario	*Pérdida de la información * Sanciones por vencimiento del término *Insatisfacción del cliente	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	*Radicado del documento en el sistema Document. *Envío relacionado en la planilla control de mensajería interna GL-GD-FR-012.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Una vez recibido el documento, se radica en el sistema Document y se envía automáticamente una alerta al correo del destinatario, anunciando la llegada del documento. *Se envía el documento físico en una carpeta asignada a cada dependencia, relacionándolo en el formato de planilla control de mensajería interna GL-GD-FR-012, el cual es devuelto con la conformidad de recibido.	*Número de Radicado del documento *Firma de recibido en la planilla.	14/08/2017	Se identificó este riesgo para el flujo de los documentos, se realizó el análisis para encontrar el riesgo inherente y la evaluación de los controles para encontrar el riesgo residual.	Líder Proceso G.Documental	No se tiene indicador
GESTIÓN LEGAL/ Brindar la asesoría legal a todos los procesos, de acuerdo con la normatividad vigente y efectuar la defensa jurídica de los intereses de la Institución.	Probabilidad de no realizar la defensa jurídica de la entidad en debida forma.	*Indebida interpretación normativa *Cambios jurisprudenciales.	*Demandas contra la entidad con consecuencia de pago de perjuicios. *Procesos disciplinarios contra el funcionario negligente. *Procesos de detrimento Patrimonial. *Procesos penales.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Seguimiento trimestral por parte del Jefe de Área, de las actuaciones jurídico-procesales realizadas, a través del seguimiento al indicador de Gestión Legal (Formato "Seguimiento Etapas Jurídico-Procesales" GL-FR-040). *Definición de las estrategias de defensa del proceso.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Seguimiento trimestral por parte del Jefe de Área de las actuaciones jurídico-procesales realizadas, a través del seguimiento al indicador de Gestión Legal (Formato "Seguimiento Etapas Jurídico-Procesales" GL-FR-040). *El equipo de trabajo de la oficina jurídica se reúne para definir las estrategias de defensa del proceso.	*Planillas de seguimiento de caso por caso. *Acta de reunión.	12/12/2016 11/08/2017	El riesgo de " Probabilidad de que los documentos derivados de las diferentes modalidades contractuales, contengan especificaciones que no estén acordes con el ordenamiento contractual vigente (Especificaciones que omiten documentos o asuntos técnicos obligatorios), este riesgo cambia su tipo y deja de ser contemplado como corrupción; ya que, este no contempla dentro de sus causas asuntos de corrupción. Debe de mirarse con el proceso un riesgo en la oportunidad del servicio, ya que se han tenido quejas verbales del tema en la revisión de riesgos con otros procesos. Se revisó el riesgo desde la identificación, se evaluaron las causas y consecuencias y los controles implementados. Este riesgo no se ha materializado. A pesar de los controles el riesgo mantiene igual calificación.	Secretario General	Seguimiento Etapas Jurídico-Procesales
GESTIÓN LEGAL/ Brindar la asesoría legal a todos los procesos, de acuerdo con la normatividad vigente y efectuar la defensa jurídica de los intereses de la Institución.	Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos.	*Omisión *Desconocimiento	*Detrimiento *Procesos disciplinarios, penales o controversias contractuales.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Resolución 329 de 2013 -Manual de Supervisión *Sensibilización frente al cumplimiento de la Resolución 329 de 2013-Manual de Supervisión.	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	*Documento donde se relacionan las obligaciones de los supervisores. *Flash recordando cumplimiento de la resolución 329 de 2013.	*Registros de la sensibilización.	11/08/2017	Se revisó el riesgo desde la identificación, se evaluaron las causas y consecuencias y los controles implementados. Los controles de este riesgo se deben fortalecer, no existe una herramienta y la frecuencia de ejecución del control y seguimiento no se considera adecuada.	Secretario General	No se tiene
GRADUADOS / Fortalecer el vínculo entre la institución y los graduados a través de estrategias que contribuyan al desarrollo personal y profesional de los mismos.	Pérdida del vínculo entre el graduado y la institución.	*Ausencia de estudios o informes de seguimiento a graduados *No actualización de la base de datos *Baja pertinencia de las estrategias a implementar respecto a las necesidades de los graduados *Baja oferta de servicios, beneficios y actividades ofrecidos por la institución	*Incumplimiento a aspectos o características de seguimiento a graduados exigidos por el CNA y el MEN para procesos de registros calificados y acreditaciones en alta calidad. *Afectación de la imagen Institucional *Pérdida de recursos económicos	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Elaboración de estudios periódicos que permitan verificar la situación de los graduados. *Campañas de actualización permanente de las bases de datos. *Permanente comunicación con los graduados a través de diferentes canales. *Generación de actividades logradas a través del trabajo en red. *Oferta de servicios y beneficios para los graduados.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Elaboración de estudios de inserción y trayectoria laboral y de pertinencia social de programas. *Campañas para convocar a los graduados a la actualización de datos al menos una vez al año. *Comunicación de todas las novedades institucionales a través de uso de redes sociales, correo de los graduados y página web de la institución. *Programación de actividades de acuerdo con las necesidades de los graduados, a través de las reuniones de trabajo con las redes a las que pertenece la institución. *Detectar las necesidades de los graduados para responder a ella a través de la oferta de servicios y beneficios.	*Resultados de encuestas *Estudios de inserción y de pertinencia *Base de datos actualizada *Registros fotográficos y de asistencia a las actividades. *Estadísticas de uso de los servicios	28/08/2017	Se analizó el contexto del proceso y se decidió identificar otros riesgos, se cumplieron todas las etapas hasta encontrar el riesgo residual. Se elaboraron un Plan de Trabajo que permita verificar todas las actividades que se propone realizar para fortalecer el vínculo con los graduados. El riesgo se mantiene controlado.	Líder de Graduados	*Tasa de actualización de la base de datos de graduados *Número de graduados que participan en actividades de formación *Tasa de ocupación
GRADUADOS / Fortalecer el vínculo entre la institución y los graduados a través de estrategias que contribuyan al desarrollo personal y profesional de los mismos.	Pérdida de la autorización por parte del servicio público de empleo para la prestación del servicio de bolsa de empleo.	*No cumplir con la normatividad exigida por el servicio público de empleo.	*Debilidad que puede ser detectada por el par académico en un proceso de acreditación *Afectación de la imagen Institucional *Detrimiento patrimonial *Pérdida de vínculo con las empresas que solicitan graduados * Sanciones económicas	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Actualización de la normatividad exigida por SPE. *Auditorías de SPE	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Mantener actualizada la normatividad *Atender los requerimientos del SPE a tiempo *Aplicar la normatividad y guardar la evidencia de todos los requerimientos *Implementar planes de mejoramiento resultantes de las auditorías.	*Estadísticas de la bolsa de empleo *Informes de las auditorías *Registros de los planes de mejoramiento *Informes exigidos por el servicio público de empleo.	28/08/2017	Se modificó la descripción del riesgo y los controles y acciones relacionadas con los controles. Este riesgo no se ha materializado. Los controles han sido efectivos.	Líder de Graduados	No se tiene

Proceso/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
INTERNACIONALIZACIÓN / Gestionar las relaciones de la institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia con la sociedad, el sector productivo y las comunidades académicas nacionales e internacionales	Posibilidad de que se genere muy baja movilidad entrante y saliente, impactando negativamente la gestión de las relaciones internacionales de la institución.	*Insuficiencia de recursos económicos *Insuficientes convenios interinstitucionales *Barreras lingüísticas o idiomáticas de la institución.	*No alcanzar los indicadores de cumplimiento *Impacto en la acreditación de programas. *Impacto en la acreditación institucional de alta calidad *Poca visibilidad institucional nacional e internacional *Poco relacionamiento intercultural con el mundo	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	*Reporte de necesidades económicas del área oportunamente entregado. *Política y Reglamento de Movilidad *Comunicación telefónica, electrónica y física con organismos e instituciones internacionales. *Reuniones, conversatorios y eventos con las áreas, la comunidad institucional y la comunidad académica.	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Reporte anual enviado a la Vicerrectoría administrativa con las necesidades económicas del área *Cumplimiento de la Política y reglamento de movilidad *Mantener el relacionamiento y la comunicación con organismos e instituciones internacionales. *Invitar a las áreas para que propongan actividades que pueden ser incluidas en los convenios interinstitucionales. *Desarrollar actividades y eventos que motiven a la movilidad.	*Formato de necesidades diligenciado *Actas compromisorias, solicitudes de CDP, registro audiovisual *Correos electrónicos *Convenios firmados *Listas de asistencia	29/08/2017	Se analizó el contexto del proceso, se identificó el riesgo, causas y consecuencias, valoración de los controles y acciones relacionadas.	Director de Internacionalización	Movilidad Institucional
INVESTIGACIÓN Facilitar el desarrollo del conocimiento científico, tecnológico y de innovación, de forma tal que contribuya al fortalecimiento académico institucional, a la solución de necesidades sociales, al progreso tanto humano como	Posibilidad de que las actividades que permiten el desarrollo de los proyectos de investigación, no aporten al fortalecimiento académico institucional, ni contribuyan a resolver las necesidades de la sociedad.	*Falta de compromiso del personal involucrado en las actividades de investigación *Desconocimiento de las características y normatividad de la institución *Llevar a cabo proyectos de investigación no pertinentes. *Fuerzas externas que presionen el desarrollo de proyectos no pertinentes. *No se evalúa el valor agregado	*Pérdida de tiempo *Mal uso de los recursos *No se publican los resultados producto de las investigaciones *No se logran los impactos esperados. *Restricción del presupuesto asignado para el ejercicio de la investigación *Poca visibilidad de la institución	Improbable (2)	Menor (2)	Baja	*Evaluación para la aprobación de los proyectos de investigación. (formato IV-FR-016) *Evaluación de los pares académicos.	Raro (1)	Menor (2)	Baja	Asumir el riesgo	*Evaluación para la aprobación de los proyectos de investigación (Comité de Facultad, Consejo de Facultad, Dirección de Investigaciones, evaluador externo, Comité control de investigaciones). *Comprobación de los resultados e impactos esperados con el desarrollo de la investigación (IV-FR-11) *Criterio tenido en cuenta para la aprobación de los proyectos.	Formatos diligenciados IV-FR-016 y IV-FR-11	15/12/2016 25/08/2017	Revisión general de la matriz del proceso Se revisó el riesgo desde la identificación, se complementaron los controles y las acciones. Se concluye: los controles han sido efectivos. No se ha materializado el riesgo.	Líder Investigación	No se tienen indicadores definidos
INVESTIGACIÓN Facilitar el desarrollo del conocimiento científico, tecnológico y de innovación, de forma tal que contribuya al fortalecimiento académico institucional, a la solución de necesidades sociales, al progreso tanto humano como	Posibilidad de que no se concluya una investigación en curso	*No continuidad del investigador principal. *Administración deficiente de los recursos asignados para la ejecución del proyecto. *Factores externos que generen cese de actividades. *Las entidades cofinanciadoras incumplan con los acuerdos establecidos para la ejecución del proyecto	*Pérdida de tiempo *Detrimiento patrimonial. *No se logra el impacto esperado. *Pérdida de imagen. *Sanciones disciplinarias. *Inhabilidad del investigador para participar en nuevos proyectos	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Seguimiento técnico y financiero del proyecto *Evaluación docente	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Asumir el riesgo	*Se evalúa el informe avances enviado por los investigadores, en el aspecto técnico y financiero *Criterio que se tiene en cuenta para la evaluación docente.	*Formato diligenciado de revisión de informes *Evaluación docente	25/08/2017	Se modifica el riesgo desde la identificación, las causas y consecuencias, los controles y las acciones relacionadas. El riesgo no se ha materializado. Los controles se mantienen.	Líder Investigación	No se tienen indicadores definidos
INVESTIGACIÓN Facilitar el desarrollo del conocimiento científico, tecnológico y de innovación, de forma tal que contribuya al fortalecimiento académico institucional, a la solución de necesidades sociales, al progreso tanto humano como	Posibilidad de que se filtre información reservada o confidencial	*Falta de seguridad tecnológica o humana. *Desconocimiento de la legislación relacionada con derechos patrimoniales y propiedad intelectual. *Incumplimiento de los convenios y actas de confidencialidad	*Demanda legal *Pérdida de credibilidad *Detrimiento patrimonial *Desmotivación del investigador	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	*Acta de confidencialidad *Protección de modelos de mejoramiento, productos patentables. *Actas de suscripción y derechos de autor.	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Firma de actas de confidencialidad por todos los involucrados *Inscripción de los proyectos ante la superintendencia *Firma de actas de suscripción de los proyectos	*Actas firmadas *Resolución de la superintendencia	25/08/2017	Se revisa el riesgo, se complementan las causas y los controles implementados. No se ha materializado.	Líder Investigación	No se tienen indicadores definidos
LABORATORIOS INSTITUCIONALES / Servir de apoyo a la formación de tal manera que permita el desarrollo práctico de las actividades de docencia, investigación, y extensión de la Tecnología en Gastronomía, partiendo de la adecuada gestión que se realice en	Daños o deterioro de equipos, utensilios, insumos y materiales	*Uso inadecuado de los equipos, utensilios, insumos y materiales. *Depreciación. *Falta de mantenimiento. *Manipulación inadecuada de materia prima por parte de docentes, estudiantes y economato.	*Alteración del inventario * Sobrecostos de reposición y funcionamiento de los laboratorios *Afectación de la actividad académica *Afectación en la calidad de los productos	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Mantenimiento Preventivo de los equipos *Adecuado almacenamiento de insumos, materiales y reactivos. *Guía rápida de manejo de equipos *Instructivo para el almacenamiento de las materias primas *Conocimiento y manejo de la matriz de compatibilidad	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	Reducir el riesgo	*Planeación y contratación de los mantenimientos preventivos *Infraestructura adecuada para el almacenamiento de insumos, materiales y reactivos *Implementación de la guía rápida para el manejo de equipos *Implementación del instructivo para el almacenamiento de materias primas *Capacitación sobre el manejo de la matriz de compatibilidad y sustancias químicas *Monitoreo diario a la medición de temperatura de los equipos de frío (dos veces, registro en el formato de registro de temperaturas) *Diligenciamiento de formato (préstamo de utensilios) *Diligenciamiento de formato (deudas de estudiantes)	*Formato para el registro de temperaturas *Formato para el préstamo de utensilios *Formato para deudas de estudiantes	13/12/2016 02/08/2017	Se contempla dentro de la causas del riesgo la depreciación, la cual no se tenía. Monitoreo y revisión de los riesgos desde la identificación hasta la valoración de los controles. Se considera necesario fortalecer los controles e incluir a los laboratorios en el sistema de vigilancia.	Coordinadores de Laboratorios	No se tienen definidos los indicadores
LABORATORIOS INSTITUCIONALES / Servir de apoyo a la formación de tal manera que permita el desarrollo práctico de las actividades de docencia, investigación, y extensión de la Tecnología en Gastronomía, partiendo de la adecuada gestión que se realice en	Contaminación	* Almacenamiento inadecuado de insumos, materias primas, reactivos. *Manejo inadecuado de materiales y equipos. *No cumplir con las normas establecidas en el Reglamento de los laboratorios institucionales.	*Pérdida y deterioro de materiales, insumos y reactivos. *Afectación a la salud humana. *Sanciones económicas o requerimientos jurídicos. *Deterioro de la imagen institucional.	Posible (3)	Insignificante (1)	Baja	*Curso Introductorio para los laboratorios a estudiantes de primer semestre. * Clasificación de la materia prima (Actividad etiquetado de la materia) *Sanciones económicas o requerimientos jurídicos. Manejo de sobrantes y devoluciones (Actividad de procedimiento, directriz y socialización a los docentes) *Limpieza y desinfección *Implementos de atención de emergencia	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Se dicta un curso previo a la primera semana de clases donde se realiza introducción a los laboratorios sobre manejo de equipos y reactivos, bioseguridad. *Kardex para materiales, insumos, equipos y reactivos. *Implementación del Manual de Riesgo Químico *Rutinas de limpieza y desinfección *Kit de derrames, botiquín, EPP.	*Listas de asistencia *Kardex *Cronogramas de limpieza y desinfección *Registro de verificación de cumplimiento de normas de bioseguridad	13/12/2016 09/08/2017	El proceso de Economato no tiene control que le permita verificar el uso que el docente le da a la materia prima dentro del aula. Monitoreo y revisión de los riesgos desde la identificación hasta la valoración de los controles. Los controles han sido efectivos.	Coordinador Laboratorios	No se tienen definidos los indicadores

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
LABORATORIOS INSTITUCIONALES 5 / Servir de apoyo a la formación de tal manera que permita el desarrollo práctico de las actividades de docencia, investigación, y extensión de la Tecnología en Gastronomía	Inadecuada disposición final de los residuos.	*Falta de compromiso de docentes, estudiantes y usuarios. *Falta de los elementos necesarios para la disposición de los residuos (bolsas, guardianes, reactivos tec.) *Falta de capacitación a los usuarios de los laboratorios en la disposición final de residuos.	* Daño al medio ambiente. *Afectación a la salud humana. *Sanciones a la institución. *Daños a la infraestructura.	Probable (4)	Menor (2)	Alta	*Manual de riesgos químicos y/o Biológicos *Guías de Laboratorio de asignaturas *Implementación del Decreto 351 de 2014 *Reglamento de laboratorios *Inducción y reinducción a estudiantes y docentes *Señalización con información sobre el manejo de residuos.	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	Reducir el riesgo	*Capacitación a estudiantes en manejo de reactivos químicos y en bioseguridad en el curso introductorio. *En el documento Guías de Laboratorio, se describe el manejo de los residuos. *Seguimiento a la implementación del Decreto 351 de 2014. *Socialización del Reglamento de Laboratorios *Inducción y reinducción a estudiantes y docentes semestralmente. *Señalización de los laboratorios con información sobre la disposición final de los residuos.	*Listas de asistencia del reglamento de los laboratorios por asignatura y por programa *Registro de socialización del reglamento de los laboratorios *Listado de asistencia a la inducción y reinducción	13/12/2016 09/08/2017	Monitoreo y revisión de los riesgos desde la identificación hasta la valoración de los controles. Se deben fortalecer los controles.	Coordinador Laboratorios	No se tienen definidos los indicadores
LABORATORIOS INSTITUCIONALES 5 / Servir de apoyo a la formación de tal manera que permita el desarrollo práctico de las actividades de docencia, investigación, y extensión de la Tecnología en Gastronomía, partiendo de la adecuada gestión	Accidentes en los laboratorios	*Reglamento de laboratorios "Inducción y reinducción" *Curso Introductorio para estudiantes de primer nivel (Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Arquitectura e Ingeniería) *Acompañamiento permanente del docente en las prácticas de laboratorios *Revisión del estado de los implementos de trabajo. *Elementos de Protección Personal EPP. *Señalización con recomendaciones de comportamiento al interior de los laboratorios.	*Pérdida y deterioro de materiales, insumos y reactivos. *Afectación a la salud humana. *Sanciones económicas o requerimientos jurídicos. *Deterioro de la imagen institucional.	Casi Seguro (5)	Menor (2)	Alta	*Reglamento de laboratorios *Inducción y reinducción a estudiantes y docentes semestralmente. *Capacitación a estudiantes en manejo de reactivos químicos y en bioseguridad en el curso introductorio. *Presencialidad permanente del docente en los laboratorios. *Seguimiento al uso de los elementos de protección personal EPP *Avisos en los laboratorios sobre normas de comportamiento.	Probable (4)	Menor (2)	Alta	Reducir el riesgo	*Socialización del Reglamento de Laboratorios *Inducción y reinducción a estudiantes y docentes semestralmente. *Capacitación a estudiantes en manejo de reactivos químicos y en bioseguridad en el curso introductorio. *Presencialidad permanente del docente en los laboratorios. *Seguimiento al uso de los elementos de protección personal EPP *Avisos en los laboratorios sobre normas de comportamiento.	*Registro de socialización del reglamento de los laboratorios *Listas de asistencia a la inducción y reinducción *Registro de responsable del curso *Registro de verificación del uso de los elementos de protección personal EPP.	13/12/2016 09/08/2017	El riesgo tiene un control correctivo que es la póliza de seguro, la cual no siempre los estudiantes no van a actualizar a la secretaría de la Facultad. Debe contemplarse una estrategia para garantizar que los estudiantes hagan la actualización de la póliza en la secretaría de la Facultad. Sería pertinente hablar con el proceso de Admisiones para exigir entre los requisitos de matrícula de los estudiantes el siben en caso de no tener EPS y de entregar la relación de las pólizas de manera mas oportuna a las facultades. Se sugiere agregar al economato los controles de seguridad que se tienen en cada laboratorio para evitar los accidentes, los cuales existen, se aplican, pero no se tienen contemplados en la matriz del proceso. Desde los laboratorios se decide que se seguirán fortaleciendo los controles, la póliza es un requisito institucional que debe ser renovado semestralmente.	Coordinador Laboratorios	No se tienen definidos los indicadores
LABORATORIOS INSTITUCIONALES 5 / Servir de apoyo a la formación de tal manera que permita el desarrollo práctico de las actividades de docencia, investigación, y extensión de la Tecnología en Gastronomía, partiendo de la adecuada gestión	Debilidad en la proyección de las compras requeridas para el funcionamiento de los laboratorios	* Inadecuada planeación * Inadecuado manejo del inventario *Falta de compromiso de los docentes *Error humano *Disminución de la asignación de recursos *Comportamiento económico del mercado	*Afectación de la actividad académica *Afectación del presupuesto *Déficit de insumos y materia prima *Detrimiento patrimonial	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Plan de compras *Estudio de necesidades *Guías de laboratorio *Diligenciamiento de los kardex de insumos, reactivos y materia prima.	Raro (1)	Moderado (3)	Baja	Reducir el riesgo	*Elaborar un listado de los materiales e insumos necesarios para la continuidad de las prácticas basándose en el inventario actual y los requerimientos de las guías. *Diseñar, clasificar, revisar y guardar electrónicamente las guías de las prácticas de laboratorios según las asignaturas. *Registrar el consumo de insumos y reactivos luego de cada práctica de laboratorio y mensualmente alimentar el Kardex general.	*Listado de los materiales y reactivos para cotizar *Guías de Laboratorio *Kardex	13/12/2016 09/08/2017	Monitoreo y revisión de los riesgos desde la identificación hasta la valoración de los controles. El manejo de las compras se ha mejorado, se requiere mantener los controles.	Coordinador Laboratorios	No se tienen definidos los indicadores
LACMA / PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Asegurar la prestación del servicio de análisis, en sus diferentes fases (pre-analítica, analítica y post-analítica) cumpliendo con los requisitos del cliente y garantizando resultados confiables, precisos y oportunos. MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN: Asegurar el mantenimiento y	Posibilidad de no asegurar la confiabilidad de los ensayos realizados	1.Fallas en el proceso de comunicación con el cliente para la identificación del servicio. 2. Errores e incumplimiento en los ensayos de medición 3.Carencia en bienes y/o servicios para la prestación del servicio. 4.Insumos y/o equipos no apropiados para el desarrollo del ensayo. 5. Falta de competencia y capacitación del personal. 6. No aplicación de controles de calidad internos y externos para los ensayos realizados	*Afectación de la imagen del laboratorio *Insatisfacción del cliente. *Pérdida del certificado de habilitación por parte de la autoridad sanitaria	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	*Implementación de formato de remisión de muestras. *Plan de Calidad de la Prestación del Servicio LAC-PS-OD-001. *Instructivos de preparación de medios y/o soluciones y Técnicas de análisis. *Solicitud de necesidades económicas para cada vigencia. * Evaluación y Reevaluación de proveedores *Términos y definiciones de insumos, equipos y/o reactivos. *Programa de entrenamiento de personal y perfiles de cargo. *Evaluación de la Satisfacción del Cliente. *Indicadores de calidad de controles internos y externos.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	*Implementación de formato de remisión de muestras para detallar los análisis a realizar en una muestra con la aprobación del cliente. *Verificación de las etapas del proceso de acuerdo con el Plan de Calidad *Verificación de instructivos de preparación y normatividad vigente *Reporte de las necesidades económicas a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera *Evaluación y seguimiento a los proveedores *Verificar especificaciones técnicas de los insumos, equipos y/o reactivos que cumplan con la necesidad requerida. *Se realiza la inducción, reinducción y entrenamiento de acuerdo con el cargo a desempeñar, incluyendo servicios generales y mensajero. *Medición de la satisfacción del cliente mediante encuesta. *Medición periódica del resultado de los controles de calidad internos y externos.	*Formato de remisión diligenciado *Formato de necesidades económicas diligenciado *Seguimiento a los proveedores diligenciado *Estudios previos *Formato de inducción, reinducción *Encuesta de satisfacción del cliente *Indicadores	13/12/2016	*"Desaparece el riesgo" posibilidad de presupuesto insuficiente"; Ya que el presupuesto no pone en riesgo el proceso, este continua su operación aunque sea con algunos recortes, pero el proceso nunca se detiene o desaparece por asuntos de recursos. *Debe hacerse un plan de mejoramiento para el riesgo " Posibilidad de la no contratación del servicio de mantenimiento o calibración de equipos; ya que se esta presentando mucho en este proceso y en el Laboratorio de salud La declaración desierta de los mantenimientos. *El riesgo "Posibilidad de incumplimiento a la aplicación de controles de calidad internos y externos", desaparece el control que tenía (adjudicación de insumos y servicios en el primer semestre del año); ya que desde jurídica no es posible tener esto a tiempo. Debe hablarse el tema con jurídica, porque varios procesos han manifestado la dificultad. *El riesgo " Posibilidad que el proceso de direccionamiento estratégico y negociación no garantice la ejecución del plan de mercadeo y el incremento de clientes y su fidelización con el laboratorio", este riesgo es modificado en su reducción de la siguiente manera "Posibilidad que no se garantice la ejecución del plan de mercadeo y el incremento en el número de muestras", esto a raíz de buscar ser coherentes con el Plan de Desarrollo 2016-2020; el cual habla de muestras y no de personas. Se analizó el contexto del laboratorio y se modificó la descripción del riesgo, se complementaron las causas y consecuencias y los controles	Coordinación Laboratorios	Satisfacción del cliente
LACMA / PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Asegurar la prestación del servicio de análisis, en sus diferentes fases (pre-analítica, analítica y post-analítica) cumpliendo con los requisitos del cliente y garantizando	Entrega no intencional al cliente de salidas no conformes	*Fallas en la detección de salidas *Inexistencia de procedimiento de identificación de salidas no conformes	*Afectación de la imagen del laboratorio *Insatisfacción del cliente	Probable (4)	Moderado (3)	Alta	*Clasificación del producto y/o servicio No Conforme, según LAC-PS-OD-008 *Procedimiento LAC-PS-PR-004 Producto Servicio No Conforme	Posible (3)	Menor (2)	Moderada	Asumir el riesgo	*Aplicación de la clasificación del producto y/o servicio no conforme, diligenciamiento del formato correspondiente y corrección de la salida no conforme	*Formato diligenciado LAC-PS-OD-008 *Evidencias de las acciones implementadas	29/08/2017	Se modificó la descripción del riesgo y se complementaron los controles y las acciones. El riesgo mantiene controlado.	Coordinación Laboratorios	Indicador de Confiabilidad en los resultados

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Riesgo Inherente				Riesgo Residual						FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto								
LACMA / PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Asegurar la prestación del servicio de análisis, en sus diferentes fases (pre-analítica, analítica y post-analítica) cumpliendo con los requisitos del cliente y garantizando resultados confiables, precisos.	Posibilidad de que no se ejecute el programa de mantenimiento y calibración de acuerdo con las necesidades del laboratorio	*Insuficiente asignación presupuestal *Proceso de contratación desierzo *Incumplimiento del proveedor en oportunidad o calidad	*Daño operacional y funcional del equipo *Afectación en la Prestacion de servicio *Afectación de la imagen del laboratorio *Insatisfacción del cliente	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	*Solicitud de necesidades anuales del laboratorio *Cronograma anual de mantenimiento y calibración *Evaluación de los proveedores *Acompañamiento y control visual en la ejecución del mantenimiento y calibración *Revisión de informes de mantenimiento y calibración *Aplicación de pólizas a los proveedores de mantenimiento y calibración de cumplimiento y calidad	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	*Reporte de las necesidades económicas a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera *Cronograma anual de mantenimiento y calibración de acuerdo con unos criterios establecidos como criticidad, frecuencia de uso, etc. *Se evalúan los proveedores para la vigencia de acuerdo con el procedimiento. *Se acompaña al proveedor en toda la ejecución del mantenimiento y calibración con el fin de conocer el equipo, resolver dudas y realizar las recomendaciones al proveedor sobre el manejo del equipo en el laboratorio para obtener un mantenimiento y/o calibración óptimo. *Se revisa uno a uno los informes enviados para cargar al módulo de calibración de Isolucion. *En caso de incumplimiento se hace efectiva la póliza.	*Formato de necesidades económicas diligenciado *Cronograma de mantenimiento y calibración *Resultados de la evaluación de proveedores *Firma de informes al pie por el analista fisicoquímico. *Registros de mantenimiento y calibración en Isolucion	29/08/2017	Se analizó el contexto y se decide modificar la descripción del riesgo. Se complementan las causas y consecuencias y los controles que se tienen implementados describiendo las acciones relacionadas con estos controles. Este riesgo se materializó y la acción implementada correspondió a la redefinición de los términos de referencia para ajustar los estudios previos.	Coordinación Laboratorios	Cumplimiento del plan de mantenimiento y Cumplimiento del plan de calibración
LACMA / PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Asegurar la prestación del servicio de análisis, en sus diferentes fases (pre-analítica, analítica y post-analítica) cumpliendo con los requisitos del cliente y garantizando resultados confiables.	Posibilidad de que las estrategias de direccionamiento implementadas no garanticen el cumplimiento de la misión del laboratorio	*Insuficiente asignación de recursos *Plan de Mercadeo no acorde con el contexto interno y externo del laboratorio *Infraestructura insuficiente para la oferta de servicios	*Poca visibilización del laboratorio *Limitación en la oferta de servicios	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	*Solicitud de necesidades anuales del laboratorio *Plan de Mercadeo del Laboratorio *Apoyo de la Facultad de Salud e Investigación en transferencia de conocimiento *Mantenimiento adecuado de la infraestructura *Indicador del Plan de Desarrollo	Raro (1)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	*Reporte de las necesidades económicas a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera *Elaboración y seguimiento trimestral del Plan de Mercadeo *Articulación con la facultad en desarrollo de proyectos de investigación, transferencia de conocimiento con la industria, ejecución de investigación de posgrados, acompañamiento a estudiantes en práctica. *Articulación con Gastronomía para apoyar en buenas prácticas de manufactura, informes de buenas prácticas a los estudiantes que se asignaron los locales. *Mantenimiento adecuado de la infraestructura existente *Medición anual de Número de muestras por vigencia	*Formato de necesidades económicas diligenciado *Formato de seguimiento diligenciado *Informes de investigación *Certificados de manipulación de alimentos *Listas de asistencia *Registros de las rutinas de limpieza *Resultados de la medición	29/08/2017	Se redefine la descripción del riesgo, de acuerdo con el contexto actual del laboratorio. Se cumple con el monitoreo y revisión. Se complementan causas, consecuencias y controles. Los controles se mantienen y se han fortalecido.	Coordinación Laboratorios	No se tiene
PERMANENCIA, Fortalecer de manera integral los estilos de aprendizaje y vacíos conceptuales que no permiten el óptimo desempeño de los estudiantes, con el fin de generar permanencia en la Institución Universitaria Colegio Mayor De Antioquia.	Posibilidad de que las estrategias Quédete en Colmayor no generen permanencia de los estudiantes	Baja asistencia de los estudiantes al programa de Permanencia. Insuficientes recursos para fortalecer las estrategias implementadas desde el programa. Ausencia de estrategias didácticas en los contrastas de Quédete en Colmayor. Insuficientes espacios físicos para desarrollar las estrategias de permanencia Poca divulgación de los servicios de Quédete en Colmayor. Baja Pertinencia de la oferta de Quédete en Colmayor.	Afectación de la imagen institucional Incumplimiento en las metas del plan de desarrollo. Bajo nivel de impacto en el rendimiento académico de los estudiantes. Pérdidas económicas	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	*Evaluar las distintas estrategias del programa. *Informe de impacto a la mejoría académica de los estudiantes que asisten mas de 7 veces. *La selección de los tutores y docentes se hace a través de una prueba de conocimiento y entrevista. *Estrategias de divulgación. *Recursos economicos propios a través de proyectos inversion y concursos con el MEN . Informe de alertas tempranas	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	Evaluar las distintas estrategias del programa, a través del diligenciamiento del formato de evaluación de tutoría DC-PE-FR-005. Informe estadístico del formato de evaluación. Realizar Informe de mejora académica, el cual es el seguimiento al desempeño de los estudiantes que asisten al programa mas de 7 veces. Informe de alertas tempranas con las materias y las pérdidas académicas, con el fin de que se pueda intervenir de manera rápida al grupo que tengan altas pérdidas en una asignatura.	Formato DC-PE-FR-005 diligenciado. Informe Seguimiento de desempeño de los estudiantes que asisten mas de 7 veces al programa. Registro de la selección de tutores y/o contratistas. Informe de alertas tempranas Informe de mejora académica.	07/12/2016	Se hizo una revisión general de la matriz del proceso y se hicieron los siguientes ajustes: Desaparece el riesgo " Falta de presupuesto para poder contratar el recurso humano y físico que de respuesta a la demanda de servicios de los programas descentralizados"; Ya que el presupuesto no pone en riesgo el proceso, este continua su operación aunque sea con algunos recortes, pero el proceso nunca se detiene o desaparece por asuntos de recursos. El riesgo " Generar necesidades de recursos físicos o humanos con respecto a materiales para las tutorías o instrumentos para las actividades de psicología de quédete en Colmayor, con el fin de favorecer predimemente a alguien", este riesgo es controlado con las necesidades y estudios previos, controles que se contemplarán en un riesgo el riesgo estratégico relacionado con la alteración de estudios previos. El riesgo "Manipulación o alteración de la información requerida para el proceso de Permanencia", era clasificado como un riesgo de corrupción, pero cabio su tipología; ya que en sus causas ninguna hace alusión a hechos corruptos, sino a causas relacionadas con el SPADIES. Revisión del riesgo desde la identificación, se complementaron las causas y consecuencias, se complementaron y valoraron los controles. El riesgo no se ha materializado. Los controles se han fortalecido.	Coordinadora de Permanencia	Indicador Impacto de Quédete en Colmayor al rendimiento académico de los estudiantes
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL/ Dirección estratégica de la Institución a través de planes, programas y proyectos orientados al cumplimiento de la misión y visión institucional.	Posibilidad de que se incumpla el Plan de Desarrollo Institucional	* Escaso apoyo de la alta dirección * Recursos financieros insuficientes * Demora en la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo. * Poca cultura de Planeación en la Institución * Debilidad en las estrategias de difusión y acompañamiento de la ejecución del plan.	* Poca proyección institucional a largo plazo * Escasa visibilidad institucional en el medio * Descontextualización del Plan de Desarrollo * Incumplimiento del PEI * Incumplimiento de la ley 152/1994 y decretos reglamentarios * Poca participación de los funcionarios de la Institución frente al Plan de Desarrollo.	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	* Metodología de Formulación "Planeación estratégica situacional" con participación de los actores involucrados * Seguimiento y evaluación semestral del plan indicativo * Seguimiento y evaluación semestral del Plan de acción * Difusión del Plan de Desarrollo y su ejecución periódica. * Gestión de recursos de inversión.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	* Implementación de la metodología seleccionada para la formulación del Plan de Desarrollo Institucional. * Acompañar a los procesos para el seguimiento semestral del plan indicativo de la institución. * Acompañar de manera conjunta con los procesos para el seguimiento del plan de acción de inversión. * Publicación y socialización del Plan de Desarrollo y su ejecución periódica. * Gestión de recursos de inversión para la ejecución del Plan de Desarrollo * Gestionar del plan de inversión pluriannual	* Seguimiento al plan indicativo * Seguimiento al plan de acción * Seguimiento a proyectos de inversión	21/12/2016	Desaparecen el riesgo Posibilidad de que el procedimiento para la formulación, presentación y evaluación de los proyectos de inversión en la institución presenten fallas y Posibilidad de que las pautas para la identificación, calificación y evaluación, actividades de los controles y valoración de los riesgos de corrupción presenten fallas. Los riesgos están de manera muy general, se hará la revisión del banco de proyectos y del manejo de los riesgos para definir asuntos mas puntuales. Se revisó el riesgo desde la identificación, causas y consecuencias, se revisaron y valoraron los controles hasta las acciones relacionadas.	Jefe de Planeación Institucional	Eficiacia Ponderada del Plan de Acción y Eficiencia Ponderada del Plan de Acción
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL/ Dirección estratégica de la Institución a través de planes, programas y proyectos orientados al cumplimiento de la misión y visión institucional.	Desarticulación entre el Plan de Desarrollo, Plan Indicativo y Plan de Acción	* Escasa difusión de las políticas institucionales * Escaso seguimiento a la implementación y consideración de las políticas institucionales, en el que hacer institucional. * Políticas deficientes o inexistentes .	* Desagaste administrativo * Incumplimiento de los objetivos misionales * Inadecuada toma de decisiones * Incumplimiento de la normatividad	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	* Metodología de Formulación y seguimiento del Plan de Desarrollo, Plan Indicativo y Plan de Acción. * Seguimiento y evaluación semestral del plan indicativo * Seguimiento y evaluación semestral del Plan de acción * Difusión del Plan de Desarrollo, Plan Indicativo y Plan de Acción anuales con su ejecución periódica.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	* Se realiza seguimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo y los planes operativos semestral y seguimiento a los proyectos con periodicidad mensual. * Publicación y socialización de los seguimientos del Plan de Desarrollo.	* Seguimiento al plan indicativo * Seguimiento al plan de acción * Seguimiento a proyectos de inversión * Publicación en la web	29/08/2017	Se cumplió con la etapa de monitoreo y revisión del riesgo con el equipo de trabajo. Este riesgo no se ha materializado. Los controles se han fortalecido.	Jefe de Planeación Institucional	Eficiacia Ponderada del Plan Indicativo y Eficiencia Ponderada del Plan Indicativo
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL/ Dirección estratégica de la Institución a través de planes, programas y proyectos orientados al cumplimiento de la misión y visión institucional.	Posibilidad de que las prácticas operativas se encuentren desarticuladas con las políticas institucionales.	* Debilidad en los mecanismos y estrategias para solicitar la información * Falta de compromiso de los líderes de proceso * Falta de interacción entre Planeación y los procesos Institucionales * Error humano * Falta de capacitación	* Demora y deficiencia en la entrega de información interna * Incumplimiento de la normatividad vigente * Pérdida de credibilidad y oportunidad * Sanciones * Afectación de la Imagen Institucional * Alteración del cronograma de trabajo de la dependencia de Planeación * Errores en la consolidación y reporte de la información institucional.	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	* Revisar las políticas institucionales existentes * Acompañar en la definición y ajuste de las Políticas Institucionales * Articular las políticas operativas a las institucionales * Procedimiento PI-PR-010 Generación, aprobación y difusión de políticas institucionales.	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	* Revisión de las políticas en el Comité de Planeación. * Se acompaña a los líderes que soliciten actualización de las políticas * En el Comité de Planeación se verifica la articulación de la política * Procedimiento PI-PR-010 Generación, aprobación y difusión de políticas institucionales.	* Acta de Comité de Planeación * Acuerdo de Consejo Directivo	29/08/2017	Se revisó el riesgo desde la identificación, causas y consecuencias. Se concluye que se deben fortalecer los controles.	Jefe de Planeación Institucional	No se tiene

Procesos/ Objetivo	Riesgo	Causa	Consecuencia	CALIFICACIÓN Riesgo Inherente		EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACIÓN Riesgo Residual		NUEVA EVALUACIÓN	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	REGISTROS	MONITOREO Y REVISIÓN			
				Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Dirigir la gestión estratégica de la institución a través de planes, programas y proyectos orientados al cumplimiento de la misión y visión institucional.	Possibilidad de no reportar información oportuna y confiable a los entes de control y externos.	*Ausencia de un modelo de Planeación Institucional * Falta de comunicación e interacción entre Planeación y los procesos institucionales * Falta de sensibilización a los procesos sobre la cultura de la Planeación.	*Demora y deficiencia en la entrega de información interna. * Sanciones por incumplimiento de la ley * Afectación de la imagen institucional * Reprocesos en la gestión de Planeación Institucional * Incumplimiento de los objetivos misionales * Planeación táctica y cortoplacista	Improbable (2)	Mayor (4)	Alta	* Cronograma de Actividades de Planeación Institucional * Formatos establecidos por Planeación para el diligenciamiento de la información. * Realizar acompañamiento a las dependencias y/o procesos.	Raro (1)	Mayor (4)	Alta	Reducir el riesgo	* Se dispone de un Cronograma de Actividades donde se relacionan fechas para la solicitud, recepción, revisión y publicación de la información. * Envío de los formatos a los procesos responsables del diligenciamiento. * Asesorías a los procesos encargados de reportar la información.	* Cronograma * Formatos diligenciados * Planilla de asistencia	29/08/2017	Se revisó el riesgo desde la identificación, causas y consecuencias. Este riesgo no se ha materializado. Los controles se mantienen.	Jefe de Planeación Institucional	No se tiene
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Dirigir la gestión estratégica de la institución a través de planes, programas y proyectos orientados al cumplimiento de la misión y visión institucional.	Possibilidad de que no se disponga de una cultura de Planeación	*Ausencia de un modelo de Planeación Institucional * Falta de comunicación e interacción entre Planeación y los procesos institucionales * Falta de sensibilización a los procesos sobre la cultura de la Planeación.	*Demora y deficiencia en la entrega de información interna. * Sanciones por incumplimiento de la ley * Afectación de la imagen institucional * Reprocesos en la gestión de Planeación Institucional * Incumplimiento de los objetivos misionales * Planeación táctica y cortoplacista	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	* Formulación y aplicación del modelo de Planeación estratégica * Difusión del modelo de Planeación estratégica	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	Reducir el riesgo	* Se elaboró el Modelo de Planeación Estratégica y se encuentra publicado en Isolucion.	* Manual Modelo de Planeación Estratégica	29/08/2017	Se revisó el riesgo desde la identificación hasta las acciones asociadas a los controles. Se propone fortalecer la cultura de planeación institucional a través de charla con un experto externo.	Jefe de Planeación Institucional	No se tiene
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO / Administrar las actividades de promoción y prevención, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los servidores públicos previniendo la ocurrencia de incidentes, accidentes y enfermedades	Possibilidad de no implementar actividades de promoción y prevención, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud de todo tipo de público al interior de la institución.	* Falta de recursos financieros. * Falta de suficiencia del recurso humano * Falta de compromiso por parte del personal objetivo de las actividades. * Desconocimiento u omisión de la legislación vigente. * Insuficiencia logística * Falta de compromiso de la alta dirección * Deficiencia en el clima organizacional	* Incumplimiento de la normatividad. * Sanciones económico-administrativas * Afectación de la imagen institucional * Accidentes de trabajo. * Enfermedad laboral. * Exposición a Enfermedad común.	Posible (3)	Mayor (4)	Extrema	* Elaboración de Presupuesto de las necesidades económicas * Cronograma de actividades en materia SST * Actualización, divulgación, de la normatividad legal vigente. * Maximización del recurso y gestión. * Rendición de cuentas a la alta dirección. * Revisión de las condiciones de salud de los trabajadores * Indicadores de Gestión * Reinducción en materia de SST * Reporte de condiciones a los organismos de control * Reporte de condiciones a los organismos que brindan apoyo a la institución.	Improbable (2)	Moderado (3)	Moderada	Reducir el riesgo	* Anualmente se elabora un presupuesto con las necesidades del sistema de gestión. * Seguimiento al cronograma de actividades. * Consulta permanente de las fuentes de normatividad relacionada con el SG-SST y boletín enviado por ARL e intermediarios. * Mantenimientos preventivos y correctivos de equipos, uso racional de los elementos, compras de nuevos equipos. * Elaboración de informe de gestión de SG-SST. * Actualización matriz de riesgos * Encuesta de perfil epidemiológico, exámenes médicos ocupacionales. * Medición de los indicadores de gestión de acuerdo con la periodicidad.	* Formato de necesidades económicas diligenciado * Actas de reunión * Boletín * Registros de mantenimientos * Informe de gestión * Matriz de riesgos actualizada * Resultados de exámenes médicos * Medición de los Indicadores de Gestión	16/08/2017	Se realizó monitoreo y revisión al riesgo que se tenía identificado, se modificaron causas y consecuencias y se valoró nuevamente el riesgo y los controles implementados. Se debe fortalecer el seguimiento a la medición de los indicadores.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	Indicadores del SG SST (Ver Isolucion)
VIRTUALIDAD / Apoyar los diferentes procesos de formación de los distintos programas de la institución en el desarrollo de nuevas competencias que tienen que ver con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).	Possibilidad de que las estrategias implementadas para la formación y desarrollo de competencias en las tecnologías de la información y la comunicación no sean apropiadas o introyectadas por los docentes	* Desconocimiento del uso de la tecnología (brecha digital) para procesos de enseñanza - aprendizaje * Recursos tecnológicos insuficientes para la generación de competencias TIC * Metodología inapropiada en los procesos de formación * Insuficiente personal para dar respuesta a las necesidades de la población en temas de soporte y capacitación	* Cierre de los programas virtuales por poca demanda * Pérdida de la credibilidad en la formación virtual * Afectación de la imagen institucional * Pérdida de recursos económicos	Posible (3)	Moderado (3)	Alta	* Creación de Lineamientos para la adopción de la virtualidad * Modificación del reglamento estudiantil con la inclusión de un capítulo para educación virtual * Convenio de colaboración con Sapiencia para la estrategia de educación virtual en las Instituciones del municipio * Capacitación, asesoría y soporte permanente a los docentes y estudiantes * Actualización permanente del personal asociado a virtualidad * Solicitud de contratación de personal idóneo para las capacitaciones, asesorías y soporte * Seguimiento periódico a los docentes y estudiantes en las diferentes plataformas	Raro (1)	Insignificante (1)	Baja	Asumir el riesgo	* Establecer los Lineamientos para la adopción de la virtualidad * Actualización del reglamento estudiantil con la inclusión de un capítulo para educación virtual * Celebración del Convenio de colaboración con Sapiencia para la estrategia de educación virtual en las Instituciones del municipio * Realizar las Capacitaciones, asesorías y brindar soporte permanente a los docentes y estudiantes * Realizar cursos de actualización en educación virtual para el personal asociado al área * Solicitud de contratación de personal idóneo para las capacitaciones, asesorías y soporte * Realizar seguimiento periódico a los docentes y estudiantes en las diferentes plataformas en los cursos que tengas matriculados cada semestre, reportar este seguimiento a decanos y coordinadores	* DC-VIR-FR-013 Revisión de módulos en plataforma @MEDELL * Acta Aprobado por el consejo Académico en sesión del día 4 de diciembre de 2015. ACTA No. 22 * Reglamento Académico: Acuerdo 013 del 29 de septiembre de 2016 * Listas de asistencia Asesoría Interna * Certificados de estudio * DC-VIR-FR-005 Seguimiento a docentes en campus virtual * DC-VIR-FR-004 Seguimiento a estudiantes sin acceso a campus virtual * DC-VIR-FR-006 Seguimiento periódico a estudiantes en campus virtual	07/12/2017 17/08/2017	El riesgo "Possibilidad que la institución infrinja derechos de autor a través de la publicación de material en la plataforma Moodle", es un riesgo contemplado en la propuesta de riesgos estratégicos. Se realiza monitoreo y revisión del riesgo, se analiza el contexto del proceso y se decide modificar el riesgo, se analizaron las causas, consecuencias, análisis y valoración del riesgo.	Lider del proceso	DC-VIR-FI-02 Nivel de satisfacción con los servicios prestados por Virtualidad DC-VIR-FI-03 Grupos abiertos con apoyo a la presencialidad
AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL Establecer el nivel de desarrollo y el grado de efectividad de los Sistemas de Control Interno en cumplimiento de los objetivos institucionales	Possibilidad de que no se identifiquen oportunidades de mejoramiento de los procesos o que no correspondan a la realidad del proceso.	* Imprecisión en la herramienta utilizada (encuesta) para el proceso de autoevaluación. * Poca asistencia del personal convocado para el diligenciamiento de la encuesta * Falta de objetividad en el diligenciamiento de la encuesta	* Desviación de los resultados obtenidos. * Deficiencia en la calificación de los procesos. * Incumplimiento de la Resolución 1308 de 2014.	2	3	Moderado	* Envío del cuestionario para la autoevaluación a los líderes de proceso para su validación. * Sensibilización al personal administrativo, contratistas y docentes que desempeñan funciones administrativas sobre la importancia del proceso de Autoevaluación en la institución a través de campaña informativa con la colaboración del proceso de Comunicaciones. * Convocatoria oportuna del personal (15 días de anticipación).	1	2	Baja	Asumir el riesgo	* Continuar con la sensibilización al personal. * Difusión de los elementos a evaluar en los canales de comunicación de la Institución. * Fortalecer la herramienta para la autoevaluación. * Sensibilizar a los líderes de proceso sobre la importancia de revisar las preguntas del cuestionario con el fin de obtener resultados que aporten a los procesos.	* Registros de sensibilización al personal * Encuesta de autoevaluación	30/08/2017	Se cumplió con el monitoreo y revisión del riesgo, se debe continuar con las campañas de sensibilización.	Lider Proceso de Planeación Institucional	Comparativo de los resultados por año