



**INFORME
PARAMETRIZADO
DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO**

DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO

TdeA Institución Universitaria

ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO:

01 DE ENERO AL 31 DE JULIO 2024

INTRODUCCIÓN

El concepto de Control Interno definido de una manera global, es el plan de la organización y todos los métodos y procedimientos que adopta la administración de una entidad para ayudar al logro del objetivo administrativo y misional asegurando en lo posible la conducción ordenada y eficiente de su gestión, incluyendo la adherencia a las políticas administrativas, la salvaguarda de los archivos, la prevención y detección de riesgos y la preparación oportuna de la información y la mejora continua de los procesos. El Decreto 2145 de 1999, reglamentario de la Ley 87 de 1993, precisa respecto de las principales funciones asignadas a la Oficina de Control Interno.

De acuerdo con el decreto 648 de 2017 que modificó el Decreto 1083 de 2015, el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno, dentro de las organizaciones públicas, se enmarca en cinco tópicos a saber: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación, seguimiento y relación con entes externos de control. Las oficinas de control interno deben establecer de manera expresa una misión, visión, objetivos y metas en su ámbito de competencia y en concordancia con los de la entidad, los integrantes de la Dirección de Control Interno incorporan los valores misionales y el accionar de la institución, de modo tal que este plan actúe en concordancia con el plan de desarrollo institucional y todos sus procesos misionales.

Para cumplir a cabalidad con estos roles, las Normas Internacionales de Auditoría determinan que las oficinas de control interno deben contar con un Plan Anual de Auditoría que se constituya su carta de navegación, así como las actividades que se pretenden llevar a cabo durante cada vigencia y los instrumentos mediante los cuales se medirá su cumplimiento, tales como indicadores, evaluación del riesgo y seguimiento con el fin de lograr la eficiencia en la mejora continua de los procesos institucionales.

PRESENTACIÓN

El artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 establece que el Jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar en la página web de la entidad, un Informe Parametrizado del Estado del Sistema de Control Interno de la entidad y en cumplimiento del decreto 403 de 2020.

Por medio del Decreto N° 648 del 19 de abril de 2017, el Departamento Administrativo de la función Pública -DAFP- estableció modificaciones en la denominación, Integración y funciones del Comité Institucional Coordinador de Control Interno, las cuales se incorporaron a la reglamentación interna del Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria.

El 17 de septiembre de 2017, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública expidieron el Decreto N° 1499 de 2017, por medio del cual se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose en un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993.

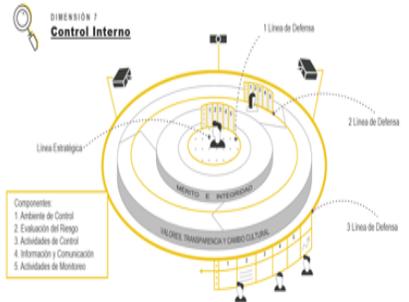
Conforme al nuevo enfoque del Informe Parametrizado del Estado del Sistema de Control Interno, dado que a la fecha se ha venido estructurando con base en los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI y que dicha herramienta ha sido modificada dentro del Modelo Integrado de Planeación y de Gestión - MIPG, en cumplimiento de una directriz del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-, se encuentra prioritario y procedente considerar los siguientes aspectos para su análisis y posterior publicación en las fechas determinadas en la normatividad.

INSTITUCIONALIDAD

Mediante la Resolución N° 00176 del 27 de febrero del 2017, se crea y se reglamenta el Comité Institucional del Sistema de Control Interno del Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria y se incorporan internamente las disposiciones contenidas en el Decreto N° 1499 de 2017 y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en el cual se definen entre otros aspectos los siguientes: Su denominación, integración, sus miembros, deberes del comité, y sus respectivas funciones, operacionalización del Comité Institucional, convocatoria y sesiones, quórum, actas, vigencias y derogatorias. El Tecnológico de Antioquia I.U., luego de realizar la evaluación al Sistema de Control Interno tiene como resultado durante el periodo del primer semestre del año 2024 en su informe parametrizado de control interno una calificación total del **87%** y ha llegado a las siguientes conclusiones:

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre de la Entidad: | TECNOLÓGICO DE ANTIOQUIA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA |
| Periodo Evaluado: | PRIMER SEMESTRE 2024 |



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

87%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

| | | |
|---|-------------------|---|
| ¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta): | En proceso | Se encuentra en proceso de articulación las líneas de defensa y el mapa de riesgos institucional; se debe realizar un plan de mejoramiento más agresivo en la efectividad de la implementación del MIPG, se cuenta con los elementos por cada dimensión (autodiagnósticos por procesos - interno) y el resultado de la evaluación de desempeño institucional entregada por el FURAG por la vigencia 2024 - externo, para lograr la implementación completa de cada dimensión, que por ley se debe cumplir. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | <p>Si bien hasta el momento es efectivo el sistema de control interno, aun se deben anuar esfuerzos en seguir alcanzando los objetivos que se evalúan durante cada vigencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los planes de mejoramiento deben estar basados a la realidad institucional. • La Gestión institucional se debe desarrollar de manera articulada bajo MIPG de manera transversal; estructura organizacional, procesos y procedimientos, manual de funciones y tablas de retención. • Realización de mapas de aseguramiento de acuerdo a los procesos según mapa actualizado. • Diseñar e implementar el cuadro de mando integral de la entidad para cada vigencia para conocer el resultado de indicadores de operación en cumplimiento de los objetivos estratégicos trazados en objeto misional o plan de desarrollo. • Evidenciar las políticas MIPG; su operación y medición de ellas. • Construcción de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad a cada uno de los procesos y sus procedimientos institucionales. • Se evidencian factores de riesgo en el proyecto Aburra Sur. • Debilidades en los convenios interadministrativos referentes al cumplimiento de la normatividad vigente, que ponen la institucionalidad en diversos factores de riesgo, los cuales incluso va se han materializado frente a la contratación. |
| La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta): | No | <p>Actualmente las líneas de defensa se encuentran documentadas, pero no han sido implementadas y articuladas con el MIPG dentro de la institución; además se presenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar estricto cumplimiento a los planes de mejoramiento que existen en el Tecnológico de Antioquia I.U., suscriptos por los diferentes entes de control internos y externos. • Implementar, líneas de defensa 1-2-3 institucional de acuerdo áreas de gestión, procesos y procedimientos y realizar medición de los controles propuestos • Incluir en el informe de revisión para la alta dirección la Administración de los riesgos institucionales; todos los controles para evitar la materialización de riesgos y la prevención de factores y planes de mejoramiento y verificación con evidencias claras para conocer la realidad institucional. • El mapa de riesgos anticorrupción debe ser clave para la organización dentro de una clara gestión y prevención del fraude. • Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones. • Falta de implementación de las líneas de defensa y debido cumplimiento de MIPG. |

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
|----------------------------|---|----------------------------------|--|--|---|-----------------------------|
| Ambiente de control | Si | 84% | <ul style="list-style-type: none"> Nuevamente la Dirección de Control Interno no tiene certeza respecto del cumplimiento (ejecución) del plan de acción – plan de desarrollo institucional 2022-2026, toda vez que la información (evidencias) que se encuentra reportada en el sistema de información CAMPUS presenta debilidades, ya que la herramienta para la consolidación de las cifras presenta falencias en cuanto a los porcentajes de cumplimiento de los indicadores. Se presentan falencias en el diseño de indicadores y los valores porcentuales que adquieren éstos dentro de cada plan de acción. Debilidad general relacionada con el cumplimiento de la normatividad que regula la contratación estatal y la gestión del talento humano, incluyendo la seguridad y salud en el trabajo; que ponen la institucionalidad en factor de riesgo alto. En cumplimiento del deber ser y hacer de la entidad, se evidenció debilidad en la terminación de la documentación de los procesos y procedimientos del Tecnológico de Antioquia I.U., que generen insumos para el devenir del trabajo y de las necesidades o falencias de las cargas laborales que hoy existen en la entidad. No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento institucional de manera definitiva. Se deben anuar esfuerzos en la gestión para el cumplimiento de las metas establecidas en cada uno de los planes; igualmente, el análisis y adecuación pertinente y real de los indicadores por cada proceso. Evidenciar las políticas MIPG; su operación y medición de ellas. Realización de mapas de aseguramiento de acuerdo con los procesos, según mapa actualizado. Diseñar e implementar el cuadro de mando integral de la entidad para cada vigencia para conocer el resultado de indicadores de operación en cumplimiento de los objetivos estratégicos trazados en objeto misional o plan de desarrollo. La Gestión institucional se debe desarrollar de manera articulada bajo MIPG de manera transversal; estructura organizacional, procesos y procedimientos, manual de funciones y tablas de retención. Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico. | 84% | No hay un avance significativo que permita una mejora de este componente, se debe fortalecer medidas tales como las líneas de defensa 1 y 2, para llegar en el cumplimiento de la normatividad vigente. | 0% |
| Evaluación de riesgos | Si | 74% | <ul style="list-style-type: none"> Debilidades relacionadas con el cumplimiento de la Resolución No. 005 del 30 de marzo de 2023 por medio de la cual se adoptó y actualizó a política de extensión en el Tecnológico de Antioquia I.U. (Artículo 3º literal E y Artículo 19). La Dirección de Control Interno evidenció que la entidad suscribió convenios/contratos durante la vigencia 2023, cuyo objeto se centró en la realización de concursos públicos de méritos, los cuales no fueron gestionados y ejecutados por la Dirección de Extensión Académica, contraviniendo las disposiciones contenidas en la Resolución No. 005 del 30 de marzo de 2023. Debilidades en los convenios interadministrativos referentes al cumplimiento de la normatividad vigente, que ponen la institucionalidad en diversos factores de riesgo, los cuales incluso ya se han materializado frente a la contratación. Se evidenció debilidad general en la administración del riesgo; política e identificación del riesgo por procesos y procedimientos, mapa de riesgos actualizados a la realidad de la entidad en los tiempos señalados, valoración del riesgo, mitigación y medias de control existentes o posteriores según el caso o transferencia del riesgo en caso de ser necesario; incumpliendo la guía para la implementación del riesgo institucional de la función pública, Decreto 1599 de 2005, Decreto 445 de 2009, Decreto 943 de 2014 y Decreto 1499 de 2017. No hay claridad de los controles existentes y posteriores que coadyuvan a la mitigación de los factores de riesgos por proceso en cumplimiento de la Guía de Administración del Riesgo del DAF (Versión 6) Falta de análisis del contexto interno y externo sobre los riesgos y no se evidencia el mapa de riesgos institucional real para la vigencia 2023 No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento en materia de administración de riesgos. Implementar estrategias bajo los nuevos lineamientos frente a la política del conflicto de intereses y la manera de como mitigar este factor de riesgo institucional | 74% | Se deben anuar esfuerzos en el cumplimiento de la administración de la gestión de riesgo institucional, para lograr la efectividad esperada en dicha evaluación. | 0% |
| Actividades de control | Si | 92% | <ul style="list-style-type: none"> Falencias relacionadas con el cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias del Sistema Electrónico de Contratación Pública: Se evidenciaron falencias relacionadas con la formulación del Plan Anual de Adquisiciones de la entidad, teniendo en cuenta que dentro de la ejecución de los contratos de la vigencia 2022 la entidad adquirió bienes y/o servicios que no se encontraban pactados dentro de los contratos (pliegos de condiciones – propuesta económica del oferente seleccionado) y por tanto no fueron cotizados sus precios en el mercado; situaciones con las cuales se trasgreden los principios de planeación, economía, publicidad y transparencia en la gestión contractual. Celebración de contratos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos – Acuerdo 002 de 2015. Las acciones desplegadas por el Tecnológico de Antioquia I.U. no han sido efectivas y eficaces para subsanar las falencias advertidas por la Dirección de Control Interno desde la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo siguiente. El objetivo del procedimiento para el seguimiento y control ambiental se centra en "implementar estrategias que permitan evaluar la efectividad de la implementación de la política y los objetivos de la gestión ambiental del Tecnológico de Antioquia", no obstante, la política ambiental y sus componentes no se encuentran debidamente aprobados, tal y como quedó consignado en la parte inicial del presente informe. Diseño de procedimientos que establezcan rutas y evidencias para formalizar y consolidar la medición por medio de indicadores de operación por cada uno de los procesos de forma transversal en el cumplimiento de las metas y del plan de gestión. No se evidenció la adopción de los nuevos lineamientos frente a la política del conflicto de intereses y la manera de como mitigar este factor de riesgo institucional. Falta coherencia frente a la medición de los indicadores, cómo se realizó su valoración y los avances en las metas establecidas, en referencia a la estrategia anticorrupción del TdeA para la vigencia 2024. | 92% | No hay un avance significativo que permita una mejora de este componente, se debe fortalecer medidas tales como las líneas de defensa 1 y 2, para llegar en el cumplimiento de la normatividad vigente. | 0% |
| Información y comunicación | Si | 91% | <ul style="list-style-type: none"> Dar estricto cumplimiento a la normatividad general de archivos (ley 594 de 2000) No se evidencian Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión 2. Falta de aprobación de políticas, programas, planes y guías de la gestión ambiental. Para la fecha de elaboración del presente informe, no se ha realizado la documentación del proceso de atención al usuario bajo el sistema de gestión de la calidad, pese a que la Dirección de Control Interno ha advertido dicha situación en varias oportunidades. | 89% | Se deben anuar esfuerzos para llegar en el cumplimiento de la normatividad vigente. | 2% |
| Monitoreo | Si | 95% | <ul style="list-style-type: none"> Veracidad, oportunidad y calidad de la información suministrada a la Dirección de Control Interno. En relación con el sistema de información: La entidad tiene un sistema de información SAFIS que no da cuenta de la trazabilidad de los hechos económicos en su módulo inventario de bienes de consumo, situación que ha sido advertida por la Dirección de Control Interno desde la vigencia 2023 sin que se hayan adoptado las medidas correctivas al respecto. El mapa de riesgos anticorrupción debe ser clave para la organización dentro de una clara gestión y prevención del fraude. Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones. Dar estricto cumplimiento a los planes de mejoramiento suscritos por los diferentes entes de control internos y externos, ya que los planes de acción no se logran cerrar en los tiempos señalados por la Dirección de Control Interno, derivados de los planes de mejoramiento; con el fin subsanar la causa raíz de los hallazgos u observaciones planteadas. | 95% | Se deben anuar esfuerzos para llegar en el cumplimiento de la normatividad vigente. | 0% |

1. Ambiente de Control

Valoración: 84%

- Nuevamente la Dirección de Control Interno no tiene certeza respecto del cumplimiento (ejecución) del plan de acción – plan de desarrollo institucional 2022-2026, toda vez que la información (evidencias) que se encuentra reportada en el sistema de información CAMPUS presenta debilidades, ya que la herramienta para la consolidación de las cifras presenta falencias en cuanto a los porcentajes de cumplimiento de los indicadores.
- Se presentan falencias en el diseño de indicadores y los valores porcentuales que adquieren éstos dentro de cada plan de acción.
- Debilidad general relacionada con el cumplimiento de la normatividad que regula la contratación estatal y la gestión del talento humano, incluyendo la seguridad y salud en el trabajo; que ponen la institucionalidad en factor de riesgo alto.
- En cumplimiento del deber ser y hacer de la entidad, se evidenció debilidad en la terminación de la documentación de los procesos y procedimientos del Tecnológico de Antioquia I.U., que generen insumos para el devenir del trabajo y de las necesidades o falencias de las cargas laborales que hoy existen en la entidad.
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento institucional de manera definitiva.
- Se deben anuar esfuerzos en la gestión para el cumplimiento de las metas establecidas en cada uno de los planes; igualmente, el análisis y adecuación pertinente y real de los indicadores por cada proceso.
- Evidenciar las políticas MIPG; su operación y medición de ellas.
- Realización de mapas de aseguramiento de acuerdo con los procesos, según mapa actualizado.
- Diseñar e implementar el cuadro de mando integral de la entidad para cada vigencia para conocer el resultado de indicadores de operación en cumplimiento de los objetivos estratégicos trazados en objeto misional o plan de desarrollo.
- La Gestión institucional se debe desarrollar de manera articulada bajo MIPG de manera transversal; estructura organizacional, procesos y procedimientos, manual de funciones y tablas de retención.
- Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico.

2. Evaluación de Riesgos

Valoración: 74%

- Debilidades relacionadas con el cumplimiento de la Resolución No. 005 del 30 de marzo de 2023 por medio de la cual se adoptó y actualizó a política de extensión en el Tecnológico de Antioquia I.U. (Artículo 3º literal E y Artículo 19). La Dirección de Control Interno evidenció que la entidad suscribió convenios/contratos durante

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

la vigencia 2023, cuyo objeto se centró en la realización de concursos públicos de méritos, los cuales no fueron gestionados y ejecutados por la Dirección de Extensión Académica, contraviniendo las disposiciones contenidas en la Resolución No. 005 del 30 de marzo de 2023.

- Debilidades en los convenios interadministrativos referentes al cumplimiento de la normatividad vigente, que ponen la institucionalidad en diversos factores de riesgo, los cuales incluso ya se han materializado frente a la contratación.
- Se evidenció debilidad general en la administración del riesgo; política e identificación del riesgo por procesos y procedimientos, mapa de riesgos actualizados a la realidad de la entidad en los tiempos señalados, valoración del riesgo, mitigación y medias de control existentes o posteriores según el caso o transferencia del riesgo en caso de ser necesario; incumpliendo la guía para la implementación del riesgo institucional de la función pública, Decreto 1599 de 2005, Decreto 445 de 2009, Decreto 943 de 2014 y Decreto 1499 de 2017.
- No hay claridad de los controles existentes y posteriores que coadyuven a la mitigación de los factores de riesgos por proceso en cumplimiento de la Guía de Administración del Riesgo del DAF (Versión 6)
- Falta de análisis del contexto interno y externo sobre los riesgos y no se evidencia el mapa de riesgos institucional real para la vigencia 2023
- Falta de diseño e implementación de controles para evitar los factores de riesgo institucional.
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento en materia de administración de riesgos.
- Implementar estrategias bajo los nuevos lineamientos frente a la política del conflicto de intereses y la manera de como mitigar este factor de riesgo institucional

3. Actividades de Control

Valoración: 92%

- Falencias relacionadas con el cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias del Sistema Electrónico de Contratación Pública : Se evidenciaron falencias relacionadas con la formulación del Plan Anual de Adquisiciones de la entidad, teniendo en cuenta que dentro de la ejecución de los contratos de la vigencia 2023 la entidad adquirió bienes y/o servicios que no se encontraban pactados dentro de los contratos (pliegos de condiciones - propuesta económica del oferente seleccionado) y por tanto no fueron cotizados sus precios en el mercado; situaciones con las cuales se trasgreden los principios de planeación, economía, publicidad y transparencia en la gestión contractual.
- Celebración de contratos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos – Acuerdo 002 de 2015. Las acciones desplegadas por el Tecnológico de Antioquia I.U. no han sido efectivas y eficaces para subsanar las falencias advertidas por la

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

Dirección de Control Interno desde la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo siguiente.

- Suscripción de contratos de labor cátedra para el desempeño de actividades que no guardan relación con el ejercicio de la docencia - Artículo 1° del Acuerdo 002 de 2015.
- El objetivo del procedimiento para el seguimiento y control ambiental se centra en “implementar estrategias que permitan evaluar la efectividad de la implementación de la política y los objetivos de la gestión ambiental del Tecnológico de Antioquia”, no obstante, la política ambiental y sus componentes no se encuentran debidamente aprobados, tal y como quedo consignado en la parte inicial del presente informe.
- Debilidades en los convenios interadministrativos respecto al análisis de la conveniencia o no del objeto a contratar, del término establecido para el cumplimiento de las obligaciones y/o de la forma de pago establecida.
- Debilidades en cuanto al cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, motivo por el cual se deberán adoptar las acciones a que haya lugar, a efectos de subsanar las falencias advertidas desde auditorías anteriores y minimizar la materialización de riesgos.
- Diseño de procedimientos que establezcan rutas y evidencias para formalizar y consolidar la medición por medio de indicadores de operación por cada uno de los procesos de forma transversal en el cumplimiento de las metas y del plan de gestión.
- Diseñar e implementar, líneas de defensa 1-2-3 institucional de acuerdo áreas de gestión, procesos y procedimientos y realizar medición de los controles propuestos
- No se evidenció la adopción de los nuevos lineamientos frente a la política del conflicto de intereses y la manera de como mitigar este factor de riesgo institucional.
- Falta coherencia frente a la medición de los indicadores, cómo se realizó su valoración y los avances en las metas establecidas, en referencia a la estrategia anticorrupción del TdeA para la vigencia 2024.

4. Información y Comunicación

Valoración: 89%

- Dar estricto cumplimiento a la normatividad general de archivos (ley 594 de 2000)
- No se evidencian Las Tablas de retención documental –TRD debidamente aprobadas y actualizadas según versión 2.
- Falta de aprobación de políticas, programas, planes y guías de la gestión ambiental.
- Para la fecha de elaboración del presente informe, no se ha realizado la documentación del proceso de atención al usuario bajo el sistema de gestión de la calidad, pese a que la Dirección de Control Interno ha advertido dicha situación en varias oportunidades.

5. Actividades de monitoreo

Valoración: 95%

- Veracidad, oportunidad y calidad de la información suministrada a la Dirección de Control Interno: Se presentaron falencias en la entrega de la información solicitada por la Dirección de Control Interno – informe de inventarios, la cual fue modificada al final de la auditoría con respecto a la que fue inicialmente suministrada, situación que contraviene lo establecido en el literal b) del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017.
- En relación con el sistema de información: La entidad tiene un sistema de información SAFIS que no da cuenta de la trazabilidad de los hechos económicos en su módulo inventario de bienes de consumo (el cual es administrado por la Coordinación de Compas), situación que ha sido advertida por la Dirección de Control Interno desde la vigencia 2023 sin que se hayan adoptado las medidas correctivas al respecto.
- La Dirección de Control Interno evidencia para la vigencia 2023 una ejecución presupuestal de inversión del 84.6%; dejando por ejecutar el 15,4%.
- Bajo rendimiento en la efectividad esperada para los planes de mejoramiento, donde se evidencia un total de cumplimiento del 22,9%; lo que indica que de un total 70 hallazgos se cerraron 16 y quedan abiertos para su cumplimiento un total de 54.
- Se debe Adecuar la estructura del sistema de Control Interno a los componentes y líneas de defensa1-2-3.
- El mapa de riesgos anticorrupción debe ser clave para la organización dentro de una clara gestión y prevención del fraude.
- Apoyar la gestión auditora como insumo para generación de valor en la toma de decisiones.
- Dar estricto cumplimiento a los planes de mejoramiento suscriptos por los diferentes entes de control internos y externos, ya que los planes de acción no se logran cerrar en los tiempos señalados por la Dirección de Control Interno, derivados de los planes de mejoramiento; con el fin subsanar la causa raíz de los hallazgos u observaciones planteadas.



Yon Alejandro Vásquez Alvarez
Dirección de Control Interno