



INFORME PARAMETRIZADO
DEL SISTEMA DE CONTROL
INTERNO
PRIMER SEMESTRE 2025

DIRECCIÓN DE CONTROL

ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO:
01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO 2025

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 expedieron 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 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.

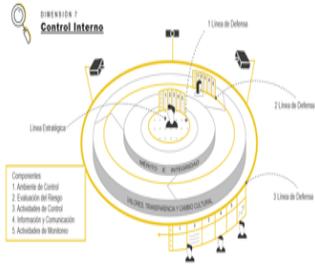
INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

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 2025 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 2025



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	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: <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 MPG 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 a la institucionalidad en diversos factores de riesgo, los cuales incluso ya 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	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: <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"> Falencias en la estructura orgánica - manual de funciones y competencias laborales, desde la vigencia 2022 la Dirección de Control Interno ha evidenciado que el manual de funciones y competencias laborales del Tecnológico de Antioquia I.U. no se encuentra ajustado a la planta de cargos existente y a la normatividad vigente (Ley 909 de 2004, Ley 87 de 1993, Decretos 785 de 2005 y 2539 de 2005, Artículo 10 Ley 87 de 1993). Debilidades en la administración del personal en relación con la evaluación de gerentes públicos - acuerdos de gestión, al igual que en la vigencia anterior, se evidenciaron debilidades en la valoración de lo pactado dentro de los acuerdos suscritos en la vigencia 2024 (no se ajusta a la realidad institucional) Falta de operatividad de los comités institucionales, no se realizaron la totalidad de sesiones establecidas en la normativa que los regula a cada uno de ellos como es el caso del Comité Rectoral. Incumplimientos relacionados con la entrega de la información a la Dirección de Control Interno, situación que además de tener incidencia disciplinaria, contraviene lo establecido en el literal B del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017. Con respecto a la documentación de los procesos en el sistema de gestión de calidad si bien se encuentran documentados en el Sistema de Gestión de la Calidad, los mismos no ofrecen la claridad suficiente de un proceso sistemático y alineado a la realidad institucional (cinco políticas) que permita verificar el cumplimiento del objetivo documentado. Se han evidenciado las falencias en aspectos como: Actividades sistemáticas para la producción del resultado, productos o entregables, políticas de operación del proceso, administración del riesgo del proceso e indicadores. 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 CAMPIUS presenta debilidades. Diseñar e implementar el cuadro de mando integral de la entidad para cada vigencia para conocer el resultado de indicadores de 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. Falta de medidas efectivas que tengan como fin concretar la etapa de implementación del MIPG institucional y la entrega de productos en las diferentes dimensiones. 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"> Incumplimientos relacionados con la ejecución de planes de mejoramiento: El Tecnológico de Antioquia I.U. no ha implementado acciones efectivas y eficaces para subsanar la totalidad de falencias advertidas por la Dirección de Control Interno desde la vigencia 2022. No se ha realizado para la actual vigencia una adecuada mitigación del riesgo. Es de anotar, que se encuentran aún en la actualización del mapa de riesgos institucional del 2025. 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 medidas 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 2025 	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"> La Resolución 00539 de 2008 por medio del cual se definieron los niveles de criticidad para los procesos institucionales se encuentra desactualizada y presenta falencias en el cumplimiento Debilidades en el cumplimiento del procedimiento para el mantenimiento de bases maestras (Código PR-QR-01) No ha adoptado acciones efectivas y eficaces para subsanar el plan de mejoramiento de las anteriores vigencias en referencia a la ejecución presupuestal de inversión de la entidad. Incumplimientos normativos en relación con el proceso mensual respecto Comités institucionales, Contratación docente y Normograma institucional. Incumplimientos normativos en materia precontractual y contractual: En la fase precontractual se presentan debilidades en la planificación de los procesos contractuales, debilidades en la planificación de los contratos de prestación de servicios – apoyo a la gestión (Artículo 2.1.1.1.1.6.1 del Decreto 1892 de 2010) y deficiencias en la determinación de los requisitos de idoneidad y/o experiencia del contratista requerido En el proceso administrativo y de gestión en la Coordinación de Compras se evidencia falta de asertividad en los planes de mejoramiento, incumplimiento del objetivo del proceso de gestión de adquisiciones y falencias en el cumplimiento del manual de funciones esenciales. No se evidencian planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento institucional de manera efectiva. 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. 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"> Falencias en la entrega de información requerida, contraviene lo establecido en el literal B del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017. No se contó con la totalidad de la información pertinente y requerida para dar cumplimiento al objetivo propuesto dentro del plan anual de auditorías. Incumplimiento del Indicador de oportunidad en las PORSDF. Se presentan falencias en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 ya que la valoración reportada para la presente vigencia no es consistente y evidenciable, de acuerdo con los contenidos que se encuentran en la página web institucional. 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. 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. 	91%	Se deben anuar esfuerzos para llegar en el cumplimiento de la normatividad vigente.	0%
Monitoreo	Si	95%	<ul style="list-style-type: none"> Falencias relacionadas con la afiliación de los docentes de cátedra al sistema de seguridad social en salud que sitúan a la entidad en diversos factores de riesgo como Afiliación extemporánea, Incompatibilidad ocupacional, Gestión de los peligros y riesgos Falencias en el reconocimiento de las cuentas por cobrar y en la conciliación de las cuentas por cobrar por concepto de incapacidades Debilidades en el cumplimiento de la ISO 9001-2015 – Documentación de procesos/procedimientos Falta de certeza respecto del cumplimiento (ejecución) del plan de acción – plan de desarrollo institucional 2022-2026 Se presenta un incumplimiento al Decreto 2023070002026 de 2023, normativa que regula lo relacionado con medidas de austeridad en el gasto público. Se evidencia para la vigencia 2024 una ejecución presupuestal de inversión del 83.9%; dejando por ejecutar el 16.1% por valor de \$ 19.200.694.002. Bajo rendimiento en la efectividad esperada para los planes de mejoramiento, donde se evidencia un total de cumplimiento del 17.86% durante las vigencias 2022-2025. Se debe adecuar la estructura del sistema de Control Interno a los componentes y líneas de defensa 1-2-3. 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 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, devueltos 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%

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

1. Ambiente de Control

Valoración: 84%

- Falencias en la estructura orgánica - manual de funciones y competencias laborales, desde la vigencia 2022 la Dirección de Control Interno ha evidenciado que el manual de funciones y competencias laborales del Tecnológico de Antioquia I.U., no se encuentra ajustado a la planta de cargos existente y a la normatividad vigente (Ley 909 de 2004, Ley 87 de 1993, Decretos 785 de 2005 y 2539 de 2005, Artículo 10 Ley 87 de 1993).
- Debilidades en la administración del personal en relación con la evaluación de gerentes públicos - acuerdos de gestión, al igual que en la vigencia anterior, se evidenciaron debilidades en la valoración de lo pactado dentro de los acuerdos suscritos en la vigencia 2024 (no se ajusta a la realidad institucional)
- Falta de operatividad de los comités institucionales, no se realizaron la totalidad de sesiones establecidas en la normativa que los regula a cada uno de ellos como es el caso del Comité Rectoral.
- Incumplimientos relacionados con la entrega de la información a la Dirección de Control Interno, situación que además de tener incidencia disciplinaria, contraviene lo establecido en el literal B del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017.
- Con respecto a la documentación de los procesos en el sistema de gestión de calidad si bien se encuentran documentados en el Sistema de Gestión de la Calidad, los mismos no ofrecen la claridad suficiente de un proceso sistemático y alineado a la realidad institucional (cinco políticas) que permita verificar el cumplimiento del objetivo documentado. Se han evidenciado las falencias en aspectos como: Actividades sistemáticas para la producción del resultado, productos o entregables, políticas de operación del proceso, administración del riesgo del proceso e indicadores.
- 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.
- 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.
- Falta de medidas efectivas que tengan como fin concretar la etapa de implementación del MIPG institucional y la entrega de productos en las diferentes dimensiones.
- Establecer verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico.

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

2. Evaluación de Riesgos

Valoración: 74%

- Incumplimientos relacionados con la ejecución de planes de mejoramiento: El Tecnológico de Antioquia I.U. no ha implementado acciones efectivas y eficaces para subsanar la totalidad de falencias advertidas por la Dirección de Control Interno desde la vigencia 2022.
- No se ha realizado para la actual vigencia una adecuada mitigación del riesgo. Es de anotar, que se encuentran aún en la actualización del mapa de riesgos institucional del 2025.
- 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 2025

3. Actividades de Control

Valoración: 92%

- La Resolución 00539 de 2008 por medio del cual se definieron los niveles de criticidad para los procesos institucionales se encuentra desactualizada y presenta falencias en el cumplimiento
- Debilidades en el cumplimiento del procedimiento para el mantenimiento de bienes muebles (Código PR-GIN-01)
- No ha adoptado acciones efectivas y eficaces para subsanar el plan de mejoramiento de las anteriores vigencias en referencia a la ejecución presupuestal de inversión de la entidad.
- Incumplimientos normativos en relación con el proceso misional respecto Comités institucionales, Contratación docente y Normograma institucional.
- Incumplimientos normativos en materia precontractual y contractual: En la fase precontractual se presentan debilidades en la planificación de los procesos contractuales, debilidades en la planificación de los contratos de prestación de servicios – apoyo a la gestión (Artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015) y deficiencias en la determinación de los requisitos de idoneidad y/o experiencia del contratista requerido

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

- En el proceso administrativo y de gestión en la Coordinación de Compras se evidencio falta de asertividad en los planes de mejoramiento, Incumplimiento del objetivo del proceso de gestión de adquisiciones y falencias en el cumplimiento del manual de funciones esenciales.
- No se evidencia planes de acción que den fe de las actividades que subsanen los planes de mejoramiento institucional de manera definitiva.
- 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
- 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%

- Falencias en la entrega de información requerida, contraviniendo lo establecido en el literal B del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017. No se contó con la totalidad de la información pertinente y requerida para dar cumplimiento al objetivo propuesto dentro del plan anual de auditorías, específicamente la documentación que a continuación se relaciona:
 - Contratación docente del segundo semestre de la vigencia 2024, lo cual conllevó a que la auditoria solo se ejecutara en relación con los contratos suscritos durante la presente vigencia.
 - Soportes que den cuenta de las exoneraciones de la experiencia docente para el segundo semestre de la vigencia 2024
 - No se tuvo acceso a los informes de actividades de los docentes para el 2024-II y 2025-I conforme lo establece la cláusula tercera del contrato de labor cátedra.
- Incumplimiento del Indicador de oportunidad en las PQRSDF.
- Se presentan falencias en el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 ya que la valoración reportada para la presente vigencia no es consistente y evidenciable, de acuerdo con los contenidos que se encuentran en la página web institucional.
- 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.

INFORME PARAMETRIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO TDEA

5. Actividades de monitoreo

Valoración: 95%

- Falencias relacionadas con la afiliación de los docentes de cátedra al sistema de seguridad social en salud que sitúan a la entidad en diversos factores de riesgo como Afiliación extemporánea, Incompatibilidad ocupacional, Gestión de los peligros y riesgos
- Falencias en el reconocimiento de las cuentas por cobrar y en la conciliación de las cuentas por cobrar por concepto de incapacidades
- Debilidades en el cumplimiento de la ISO 9001-2015 – Documentación de procesos/procedimientos
- Falta de certeza respecto del cumplimiento (ejecución) del plan de acción – plan de desarrollo institucional 2022-2026
- Se presenta un incumplimiento al Decreto 2023070002026 de 2023, normativa que regula lo relacionado con medidas de austeridad en el gasto público.
- Se evidencia para la vigencia 2024 una ejecución presupuestal de inversión del 83.9%; dejando por ejecutar el 16.1% por valor de \$ 19.200.694.002.
- • Bajo rendimiento en la efectividad esperada para los planes de mejoramiento, donde se evidencia un total de cumplimiento del 17,86% durante las vigencias 2022-2025.
- Se debe adecuar la estructura del sistema de Control Interno a los componentes y líneas de defensa 1-2-3.
- 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 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.



Yon Alejandro Vásquez Álvarez
Dirección de Control Interno