



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS
REQUERIMIENTOS

INFORME DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN
UNIVERSITARIA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES POPULARES - IPC VIGENCIA 2025

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES POPULARES - IPC

28/feb/2026

Sede Principal: Edificio Coltabaco - Calle 12 No. 1-12
Correo electrónico: contactenos@iujpc.edu.co
Página Web: www.iujpc.edu.co



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en su rol de evaluador independiente y de acuerdo con lo establecido en la Circular 04 de septiembre 27 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno y demás normas reglamentarias, es el responsable de presentar los resultados de la evaluación de gestión por áreas o dependencias que componen la Institución Universitaria de las Culturas y las Artes Populares IPC (IUIPC).

La finalidad del informe es evaluar la gestión institucional de las distintas áreas y dependencias, identificando fortalezas, áreas de mejora y posibles riesgos, para que se puedan tomar estos resultados como criterio y evaluar el desempeño laboral de los empleados.

El análisis se realizará en las dependencias de la institución. Estas serán evaluadas bajo criterios previamente definidos, los cuales incluyen el cumplimiento del Plan de Desarrollo, la ejecución presupuestal, los resultados de auditorías internas y seguimientos a planes de mejoramiento, la gestión de riesgos y la rendición de la cuenta ante los entes externos de control.

La evaluación se basa en información proveniente de fuentes oficiales y líderes de procesos. Esta información ha sido consolidada y analizada para garantizar la objetividad de la evaluación independiente y la validez de los resultados obtenidos.

1. OBJETIVO

Evaluar de manera independiente la gestión por áreas o dependencias de la IUIPC, identificando fortalezas, áreas de mejora y posibles riesgos, con el fin de generar el insumo para la evaluación de desempeño, los acuerdos de gestión y la formulación de acciones de mejoramiento.

2. ALCANCE

Se calificará la gestión por áreas o dependencias que conforman la Institución Universitaria de las Culturas y las Artes Populares IPC.

PERIODO EVALUADO

El período de evaluación será desde el 01/ene/2025 hasta el 31/dic/2025.

3. RESPONSABLES

- Planeación
- Jurídica
- Contratación
- Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
- Contabilidad
- Presupuesto

Sede Principal: Edificio Coltabaco - Calle 12 No. 1-12

Correo electrónico: contactenos@iuipc.edu.co

Página Web: www.iuipc.edu.co



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

4. FUENTES DE INFORMACIÓN

- Planeación: Reporte de cumplimiento del Plan de Desarrollo, vigencia 2025.
- Informe de seguimiento al mapa de Riesgos de Corrupción, Gestión y seguimiento a la transición del programa de transparencia y ética pública, vigencia 2025.
- Información de los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría, vigencia 2025.
- Rendición de la cuenta (resultados de los formatos o información que se rinden a la Contraloría General de Santiago de Cali, a través de los aplicativos SIA), en la vigencia 2025.
- Contabilidad y presupuesto: cumplimiento del presupuesto, vigencia 2025.
- Informes de gestión de las dependencias.

5. MARCO LEGAL

- Artículo 39 de la Ley 909 de 2004.
- Artículo 52 del Decreto 1227 de 2005.
- Artículo 2.2.8.1.3 del Decreto 1083 de 2015.
- Artículos 4 y 16 del Decreto 648 de 2017.
- Circular 04 de septiembre 27 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

6. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno, como responsable de realizar la evaluación Institucional por dependencias de Institución Universitaria de las Culturas y las Artes Populares IPC, ha establecido una metodología en la cual definió 5 criterios claves para la gestión de la entidad y evaluó su priorización a partir del impacto que generan en el logro de los objetivos, en la gestión y en los resultados de la dependencia.

A continuación, se relacionan los criterios establecidos y la priorización realizada:

| No. | Variable objeto de priorización y selección | Criterios de Priorización y Selección | | | Total | Peso Porcentual |
|-----|---|---|--|---|-------|-----------------|
| | | Objetivos (Qué tanto impacto genera en el logro de los objetivos) | Gestión (Qué tanto refleja la gestión de la dependencia) | Resultados (Qué tanto impacto genera en los resultados de la dependencia) | | |
| | | Bajo impacto: 1 Medio impacto: 3 Alto impacto: 5 | Poco: 1 Media: 3 Buena: 5 | Bajo impacto: 1 Mediano impacto: 3 Alto impacto: 5 | | |
| 1 | Cumplimiento Plan de Desarrollo Institucional | Alto impacto: 5 | Buena: 5 | Alto impacto: 5 | 15 | 30% |
| 2 | Cumplimiento Ejecución Presupuesta del Gasto | Alto impacto: 5 | Buena: 5 | Alto impacto: 5 | 15 | 25% |
| 3 | Cumplimiento Auditorías Internas y Planes de mejoramiento internos y con entes Externos de Control. | Medio impacto: 3 | Buena: 5 | Alto impacto: 5 | 13 | 20% |
| 4 | Cumplimiento Gestión de Riesgos | Medio impacto: 3 | Media: 3 | Alto impacto: 5 | 11 | 15% |
| 5 | Cumplimiento Rendición de cuentas (EEC) | Medio impacto: 3 | Media: 3 | Bajo impacto: 1 | 7 | 10% |

Tabla 1. Criterios de priorización y selección.

Fuente: Elaboración propia.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

De acuerdo con lo anterior, se cuenta con un papel de trabajo en Excel, el cual permite consolidar la información de cada criterio, de la siguiente manera:

Criterio 1: Cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional (PDI).

Esta variable se determina con base en el nivel de cumplimiento alcanzado por cada dependencia respecto de las metas programadas en el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) para la vigencia evaluada. El resultado corresponde al porcentaje de avance reportado frente a las metas establecidas.

Criterio 2: Cumplimiento en la Ejecución Presupuestal.

Esta variable se determina a partir de la relación entre el presupuesto aprobado (incluidas sus modificaciones) y el presupuesto efectivamente ejecutado. Con base en esta información, se calcula el porcentaje de cumplimiento en la ejecución presupuestal alcanzado por cada dependencia durante la vigencia evaluada.

Criterio 3: Cumplimiento Auditorías Internas y Planes de mejoramiento internos y con entes Externos de Control.

Este criterio no fue objeto de medición durante la vigencia evaluada, debido a que no se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de la Oficina de Control Interno, en razón a que dicha dependencia no se encontraba en funcionamiento durante el periodo analizado.

En consecuencia, este criterio no fue considerado dentro del resultado final de la calificación de la gestión institucional. No obstante, en el presente informe se deja constancia de las situaciones evidenciadas y se formulan las recomendaciones correspondientes.

Criterio 4: Cumplimiento en la Administración del Riesgo vigencia.

Se determina con base en los informes cuatrimestrales y papeles de trabajo del seguimiento al Mapa de Riesgos (Corrupción, Gestión y Privacidad de la Información) y al Plan de Transición hacia el Programa de Transparencia y Ética Pública de la IUIPC, considerando los resultados del componente Gestión del Riesgo durante la vigencia 2025.

Criterio 5: Cumplimiento en la Rendición de la Cuenta.

Esta variable se determina a partir del nivel de cumplimiento en la presentación y cargue oportuno de los formatos que contienen la información consolidada de las dependencias, los cuales son reportados por la entidad ante la Contraloría General de Santiago de Cali, a través de los aplicativos del Sistema Integral de Auditoría (SIA), conforme a los lineamientos y plazos establecidos por el ente de control.

Así mismo, para la evaluación de gestión por áreas o dependencias se tuvo en cuenta la ejecución de los ejes estratégicos que articulan las actividades del plan de desarrollo institucional.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

Finalmente, al consolidar la información, el documento de Excel permite ponderar el resultado obtenido en cada criterio, generando la calificación para cada dependencia, la cual se define según la siguiente tabla:

| RESULTADO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN | |
|--|----------|
| Calificación cualitativa | Rango |
| Sobresaliente | 70 - 100 |
| Bueno | 60 - 69 |
| Por mejorar | 40 - 59 |
| Alerta | 0 - 39 |

Tabla 2. Resultado de evaluación y calificación.
Fuente: Elaboración propia.

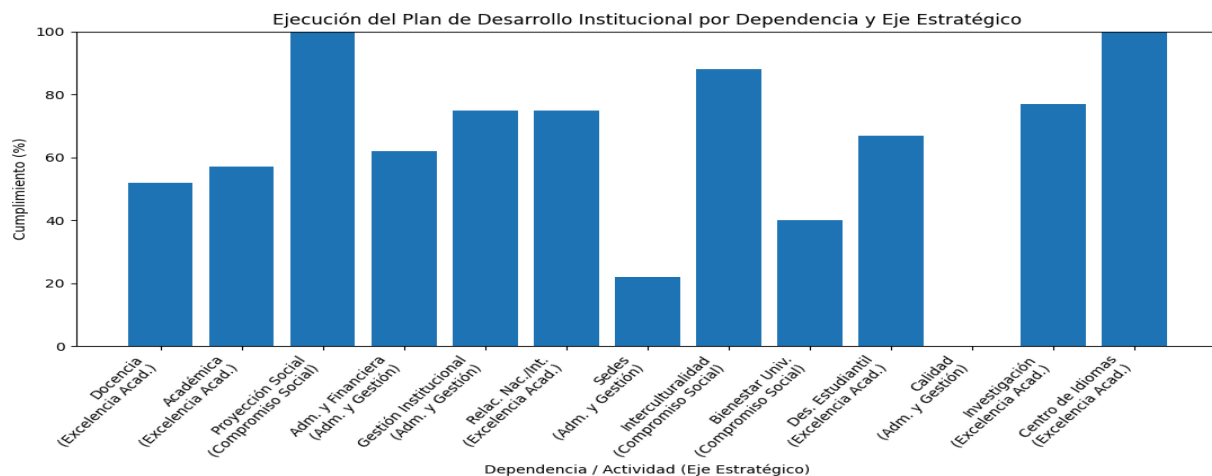
7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de cumplimiento, determinados con base en la información suministrada para cada uno de los criterios evaluados por dependencia:

8.1. Criterio 1: Cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional (PDI).

La evaluación del cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) para la vigencia 2025 evidencia desempeños diferenciados entre las dependencias, alcanzando una ejecución ponderada global del 63 %. Del análisis realizado a una muestra de 20 indicadores, se evidenció que ocho (8) metas no fueron cumplidas, pese a que los líderes de proceso las reportaron como cumplidas. Esta situación refleja inconsistencias entre los resultados efectivamente alcanzados y el reporte realizado por las dependencias, lo cual puede afectar la confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento y evaluación de la gestión institucional.

A continuación, se presentan los resultados consolidados del nivel de ejecución del Plan de Desarrollo:





INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

Gráfico 1. Cumplimiento del Plan de Desarrollo vigencia 2025.
Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se destacan niveles de cumplimiento sobresaliente (100%) en las actividades relacionadas con Proyección Social y Relación con el Sector Externo y Egresados a cargo de la Dirección de Proyección Social, así como en el Centro de Idiomas liderado por la Dirección Académica y la Dirección de Planeación. De igual forma, la actividad de Interculturalidad y Participación Ciudadana presenta un cumplimiento del 88%, evidenciando una gestión favorable en los procesos asociados al eje de compromiso social.

En un nivel satisfactorio, se ubican actividades como Gestión Institucional (75%), Relacionamiento Nacional e Internacional (75%) y Investigación, Innovación, Creación Artística y Cultural (77%), lo que indica avances significativos en el cumplimiento de las metas establecidas, aunque aún existen oportunidades de mejora para alcanzar niveles sobresalientes.

Por otra parte, algunas actividades presentan niveles de cumplimiento medio, como Administrativa y Financiera (62%) y Desarrollo Estudiantil (67%), lo que sugiere que, si bien se han logrado avances en la ejecución de las acciones previstas, es necesario fortalecer los mecanismos de seguimiento y gestión para asegurar el cumplimiento total de las metas programadas.

En contraste, se identifican niveles bajos de ejecución en actividades como Docencia (52%), Académica (57%) y Bienestar Universitario (40%), lo cual evidencia rezagos en el desarrollo de acciones estratégicas del eje de excelencia académica y bienestar institucional, que podrían afectar el cumplimiento integral de los objetivos del Plan de Desarrollo.

Finalmente, se evidencian niveles críticos de cumplimiento en las actividades de Adecuación y Administración de las Sedes (22%) y Calidad (0%), lo que refleja la ausencia o insuficiente ejecución de acciones orientadas al cumplimiento de estas metas, constituyéndose en aspectos prioritarios para la toma de decisiones y la implementación de planes de mejora.

En términos generales, aunque el análisis muestra avances importantes en varias líneas estratégicas, persisten brechas significativas en algunos procesos institucionales, especialmente en infraestructura, calidad y algunos componentes académicos, lo cual hace necesario fortalecer los mecanismos de planificación, seguimiento y control, con el fin de garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional.

8.2. Criterio 2: Cumplimiento en la Ejecución Presupuestal.

Se observó una ejecución presupuestal promedio del 65%. Algunas dependencias presentan niveles adecuados de ejecución del gasto, mientras que otras registran ejecución nula durante la vigencia evaluada. Esta situación puede afectar la materialización de las metas institucionales y evidencia la



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

necesidad de fortalecer la articulación entre la planeación institucional y la gestión presupuestal. A continuación se evidencia dicha ejecución:

| Ejecución Presupuestal por Dependencia y Actividad vigencia 2025 | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|
| Dependencia | Actividad | % Ejecución |
| Proyección Social | Proyección y Egresados | 93 |
| Académica | Académica | 92 |
| Admin/Financiera | Administrativa y Financiera | 79 |
| Académica/Investig. | Docente | 60 |
| Académica/Planeación | Centro de Idiomas | 20 |
| Varias Direcciones | Investigación e Innovación | 13 |
| Admin/Financiera | Calidad | 12 |
| Admin/Financiera | Gestión Institucional | 0 |
| Académica/Rel. Int. | Rel. Nacional e Internacional | 0 |
| Admin/Financiera | Sedes | 0 |
| Proy. Social/Bienestar | Interculturalidad y Participación | 0 |
| Bienestar/Des. Humano | Bienestar Universitario | 0 |
| Rectoría/Acad/Bien. | Desarrollo Estudiantil | 0 |

Tabla 3. Ejecución presupuestal por dependencia y actividad.
Fuente: Elaboración propia.

Se observó que la ejecución presupuestal durante la vigencia 2025 se concentra principalmente en algunas dependencias, destacándose la Dirección de Proyección Social (93 %) y la Dirección Académica (92 %), las cuales presentan los mayores niveles de ejecución. De igual manera, la Dirección Administrativa y Financiera alcanza una ejecución cercana al 79 %, reflejando un avance significativo en la gestión de los recursos.

En un nivel intermedio se ubican procesos articulados como Dirección Académica / Dirección de Investigaciones (60 %) y Dirección Académica / Dirección de Planeación (20 %), lo que indica avances parciales en la ejecución de las actividades programadas.

Por otra parte, se identifican dependencias con niveles bajos de ejecución (alrededor del 12 % y 13 %), así como 6 actividades articuladas a las dependencias responsables en los que no se registra ejecución, lo cual podría evidenciar retrasos en la implementación de actividades o en la gestión administrativa de los recursos.

8.3. Criterio 3: Cumplimiento Auditorías Internas y Planes de mejoramiento internos y con entes Externos de Control.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

Durante la vigencia 2025 no se ejecutaron auditorías de evaluación, en razón a que la Oficina de Control Interno no se encontraba operativa por insuficiencia de personal, situación que limitó el desarrollo de las actividades propias de la Tercera Línea de Defensa en el marco del Sistema de Control Interno (SCI).

De igual manera, la entidad suscribió un Plan de Mejoramiento con la Contraloría General de Santiago de Cali; sin embargo, no se realizó el seguimiento independiente por parte de la Oficina de Control Interno, debido a la situación previamente descrita, lo que impidió verificar el nivel de cumplimiento y la efectividad de las acciones correctivas establecidas.

Adicionalmente, se identificó un (1) Plan de Mejoramiento suscrito de manera extemporánea ante el ente de control externo, el cual fue reportado en la vigencia actual dentro del informe o reporte anual correspondiente.

En consecuencia, este criterio no fue considerado dentro de la evaluación integral de la gestión institucional correspondiente a la vigencia 2025.

8.4. Criterio 4: Cumplimiento de la administración de riesgos evaluados por el Departamento Administrativo de Control Interno 2025.

La institución inició operaciones en la vigencia 2024 bajo la dirección de un rector encargado. Posteriormente, durante el último trimestre de dicha vigencia, se posesionó oficialmente la rectora, a partir de lo cual se comenzaron a adelantar acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional.

En este contexto, durante la vigencia 2025 se avanzó en el proceso de identificación, análisis y valoración de los riesgos institucionales, los cuales fueron incorporados en la correspondiente matriz de riesgos. De igual manera, la entidad formuló y presentó la Política de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la cual fue aprobada mediante el Acuerdo No. 075 del 26 de noviembre de 2025.

No obstante, lo anterior, en el marco de la presente evaluación no se evidenció la implementación de actividades orientadas al tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos institucionales identificados, lo que limita la efectividad del proceso de gestión del riesgo y su articulación con los mecanismos de control institucional.

8.5. Criterio 5: Cumplimiento Rendición de la Cuenta.

En relación con el cumplimiento de la Rendición de la Cuenta Anual ante la Contraloría General de Santiago de Cali, se verificó que la entidad realizó el reporte de catorce (14) formatos a través de la plataforma del ente de control, correspondiente a la vigencia 2024. No obstante, se evidenció que los



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

formatos F23B y F23C fueron presentados de manera extemporánea, situación que genera incumplimiento frente a los términos establecidos por el ente de control para la rendición de la información.

Por otra parte, en la revisión del sistema SIA Observa se identificó que no fue reportada la adición de los convenios interadministrativos: No. 1440.18.01.02 - 2025 por valor de \$ \$546.750.000 y el No. 1440.18.01.03 - 2025 por valor de \$ \$405.000.000, suscritos con Recreavalle. Asimismo, se evidenció que se encuentra pendiente el registro en el SIA Observa, la ejecución contractual (pagos) correspondiente a la vigencia 2025. Esta diferencia evidencia inconsistencias en el reporte de la información contractual, lo cual refleja debilidades en los procesos de registro, control y seguimiento de la gestión contractual de la entidad, así como en los mecanismos implementados para garantizar la integridad, completitud y oportunidad de la información reportada a los sistemas de control y vigilancia.

8.6. Resultados de la calificación de la evaluación de gestión por áreas o dependencias para cada una de las dependencias.

A continuación, se muestra la calificación de la evaluación de gestión por áreas o dependencias, de acuerdo con los resultados de los cuatro (4) criterios ponderados:

| DEPENDENCIA (S) | EJE | ACTIVIDAD DEL PDI | CRITERIOS | | | | | CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS |
|--|--|--|--|------------------------------------|---|---|-----|--|
| | | | CUMPLIMIENTO PLAN DESARROLLO INSTITUCIONAL | CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTO | CUMPLIMIENTO EN ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS | CUMPLIMIENTO DE LA RENDICIÓN DE LA CUENTA (EEC) | | |
| Dirección Académica / Dirección de Investigaciones | Excelencia Académica | Docente | 52% | 60% | 0% | 100% | 53% | Por mejorar |
| Dirección Académica | Excelencia Académica | Académica | 57% | 92% | 0% | 100% | 62% | Bueno |
| Dirección de Proyección Social | Compromiso Social | Proyección Social y Relación con el Sector Externo y Egresados | 100% | 93% | 0% | 100% | 73% | Sobresaliente |
| Dirección Administrativa y Financiera | Administrativo Financiero y de Gestión | Administrativa y Financiera | 62% | 79% | 0. | 100% | 60% | Bueno |
| Dirección Administrativa y Financiera | Administrativo Financiero y de Gestión | Gestión Institucional | 75% | 0% | 0. | 100% | 44% | Por mejorar |
| Dirección Académica / Dirección de Relaciones Internacionales | Excelencia Académica | Relacionamiento Nacional e Internacional | 75% | 0% | 0% | 100% | 44% | Por mejorar |



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

| | | | | | | | | |
|---|--|--|------|----|----|------|-----|-------------|
| Dirección Administrativa y Financiera | Administrativo Financiero y de Gestión | Adecuación y Administración de las Sedes | 22% | 0% | 0% | 100% | 31% | Alerta |
| Dirección de Proyección Social / Bienestar Universitario | Compromiso Social | Interculturalidad y Participación Ciudadana | 88% | 0% | 0% | 100% | 47% | Por mejorar |
| Bienestar Universitario / Dirección de Desarrollo Humano | Compromiso Social | Del Bienestar Universitario | 40% | 0% | 0% | 100% | 35% | Alerta |
| Rectoría / Dirección Académica / Dirección de Bienestar Universitario / Bienestar Universitario / Dirección de Desarrollo Humano | Excelencia Académica | Desarrollo Estudiantil | 67% | 0% | 0% | 100% | 42% | Por mejorar |
| Dirección Administrativa y Financiera | Administrativo Financiero y de Gestión | Calidad | 0% | 0% | 0% | 100% | 25% | Alerta |
| Dirección Académica / Dirección de Bienestar Institucional / Dirección de Extensión / Dirección de Innovación Educativa / Dirección de Investigaciones / Dirección de Relaciones Interinstitucionales e Internacionales | Excelencia Académica | De la Investigación, Innovación, Creación Artística y Cultural | 77% | 0% | 0% | 100% | 44% | Por mejorar |
| Dirección Académica / Dirección de Planeación | Excelencia Académica | Centro de Idiomas | 100% | 0% | 0% | 100% | 50% | Por mejorar |

Tabla 4. Consolidado de resultados ponderados de la evaluación de la gestión por dependencias - vigencia 2025.
Fuente: Elaboración propia.

Del análisis de la información presentada en la matriz de evaluación de gestión por áreas o dependencias, se evidencia un comportamiento heterogéneo en los niveles de cumplimiento asociados al Plan de Desarrollo Institucional (PDI), la ejecución presupuestal, la administración de riesgos y la rendición de la cuenta (EEC).

En términos generales, la evaluación muestra que el componente de rendición de cuentas presenta un cumplimiento del 100% en todas las dependencias, lo cual evidencia la existencia de reportes y entrega formal de información institucional. No obstante, este resultado contrasta con los bajos niveles de ejecución presupuestal y la ausencia de gestión documentada en materia de administración de riesgos (0%) en la



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

totalidad de las actividades evaluadas, lo cual constituye una debilidad estructural en los procesos de planeación, seguimiento y control institucional.

Desde la perspectiva del cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, se observan resultados diferenciados. Algunas dependencias presentan desempeños destacados, como Proyección Social y Relación con el Sector Externo y Egresados (100%) y Centro de Idiomas (100%), mientras que otras evidencian niveles moderados o bajos de avance, particularmente en Adecuación y Administración de las Sedes (22%), Calidad (0%) y Bienestar Universitario (40%), lo que repercute directamente en la calificación global de estas áreas.

En relación con la evaluación de gestión, únicamente la actividad asociada a Proyección Social y Relación con el Sector Externo y Egresados alcanza una calificación sobresaliente (73%), reflejando coherencia entre la planeación institucional y el avance de las acciones ejecutadas. Por su parte, algunas dependencias presentan desempeño bueno, como Académica (62%) y Administrativa y Financiera (60%). Sin embargo, la mayoría de los procesos se ubican en rangos de “Por mejorar”, e incluso “Alerta”, como es el caso de Adecuación y Administración de las Sedes (31%), Bienestar Universitario (35%) y Calidad (25%), lo cual evidencia debilidades en la gestión operativa y en la articulación entre planificación, ejecución presupuestal y gestión del riesgo.

En consecuencia, los resultados permiten concluir que, aunque existen avances en algunos ejes estratégicos, persisten debilidades significativas en la ejecución presupuestal, la gestión del riesgo y la implementación efectiva de varias actividades del PDI, aspectos que inciden de manera directa en la calificación final de gestión de varias dependencias.

8. ANÁLISIS DE RIESGOS

Con fundamento en los resultados de la evaluación de gestión y en las debilidades evidenciadas en materia de cumplimiento del plan de desarrollo, ejecución presupuestal, administración de riesgos, cumplimiento de la rendición de cuenta (EEC) y seguimiento a la gestión, se determinan los siguientes posibles riesgos a los que se expone la institución:

1. Riesgo de incumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional (PDI): Los niveles parciales o bajos de cumplimiento en varias actividades estratégicas pueden derivar en el no logro de las metas institucionales, afectando el desarrollo de los ejes estratégicos y el cumplimiento de los objetivos misionales.

2. Riesgo de ineficiencia en la ejecución de los recursos públicos: La baja o nula ejecución presupuestal en diversas actividades evidencia posibles debilidades en la planeación y gestión financiera, lo cual puede generar subutilización de recursos, retrasos en la ejecución de proyectos y afectación en la materialización de resultados institucionales.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

3. Riesgo de debilidad en la administración de riesgos institucionales: El registro de 0% de cumplimiento en el componente de administración de riesgos refleja la inexistencia o insuficiencia de mecanismos efectivos para la identificación, valoración y tratamiento de riesgos, lo que limita la capacidad institucional de anticiparse a eventos que puedan afectar la gestión.

4. Riesgo de afectación a la calidad de los procesos misionales: Las calificaciones en rangos de “Por mejorar” y “Alerta” en actividades relacionadas con docencia, bienestar universitario, calidad e infraestructura institucional podrían impactar la calidad del servicio educativo, la permanencia estudiantil y el cumplimiento de estándares institucionales.

5. Riesgo reputacional e institucional: El bajo desempeño en algunos procesos estratégicos podría generar percepción negativa por parte de los grupos de interés, la comunidad académica y los entes de control, afectando la confianza en la gestión institucional.

6. Riesgo de incumplimiento de obligaciones de reporte y transparencia ante entes de control: Se identifica el riesgo de incumplimiento en los deberes de reporte de información contractual en los sistemas dispuestos por los organismos de control, particularmente por la no inclusión o actualización de las adiciones contractuales en el Sistema de Información SIA Observa, y no suscripción oportuna del plan de mejoramiento como resultado de la evaluación realizada por la Contraloría General de Santiago de Cali – CGSC, en la vigencia 2025.

Esta situación podría generar inconsistencias en la información reportada, observaciones administrativas o eventuales hallazgos por parte del ente de control, al afectar los principios de transparencia, trazabilidad y seguimiento a la gestión contractual.

7. Riesgo de debilidades en el sistema de control interno: Las inconsistencias entre planeación, ejecución, seguimiento y reporte de información evidencian posibles fallas en los mecanismos de control y monitoreo institucional, lo cual podría limitar la capacidad de la entidad para garantizar una gestión eficiente, transparente y alineada con los principios de la administración pública.

No obstante, durante la vigencia evaluada no se evidenció la materialización de los posibles riesgos identificados.

9. CONCLUSIONES

- La evaluación de gestión por dependencias evidencia resultados heterogéneos entre las áreas evaluadas, identificándose dependencias con desempeño sobresaliente, mientras que otras requieren fortalecer sus procesos de planeación, ejecución presupuestal y seguimiento a metas institucionales, en cumplimiento de plan de desarrollo.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

- Se identifican debilidades en el proceso de rendición y reporte de la información contractual ante las plataformas dispuestas para la vigilancia y control, evidenciadas en inconsistencias entre los registros del SIA Observa, así como en reportes extemporáneos en algunos formatos. Esta situación puede afectar la confiabilidad, transparencia y trazabilidad de la información suministrada a los entes de control y a la ciudadanía, en el marco de los principios de publicidad y transparencia de la gestión pública.
- Si bien la entidad ha realizado avances en la formulación de instrumentos de gestión del riesgo, tales como la matriz de riesgos institucionales y la adopción de la Política de Transparencia y Ética Pública (PTEP), estos desarrollos se encuentran en una fase inicial de estructuración. En consecuencia, se identifica una brecha en la implementación de acciones de tratamiento, seguimiento y monitoreo, necesarias para garantizar la adecuada gestión y control de los riesgos identificados.
- Se evidencia la ausencia de auditorías internas durante la vigencia evaluada, situación atribuida a limitaciones en la operatividad de la Oficina de Control Interno. Esta condición afectó el desarrollo de actividades de evaluación y seguimiento independiente propias del Sistema de Control Interno, reduciendo la capacidad institucional para verificar la efectividad de los controles, identificar oportunidades de mejora y realizar un monitoreo oportuno a los procesos institucionales.

10. RECOMENDACIONES

- Fortalecer los mecanismos de planeación, articulación interdependencias y seguimiento a las metas institucionales, con el fin de garantizar una ejecución más equilibrada de las actividades del Plan de Desarrollo y contribuir al logro efectivo de los objetivos institucionales establecidos.
- Fortalecer el proceso de formulación de los indicadores y metas del Plan de Desarrollo Institucional, garantizando que estos cumplan con criterios técnicos de claridad, pertinencia, medibilidad y coherencia con los objetivos estratégicos institucionales.
- Fortalecer los procesos de planeación y programación presupuestal, asegurando que las actividades y proyectos cuenten con una estructuración clara que facilite su ejecución durante la vigencia.



INFORME DE SEGUIMIENTOS DE LEY U OTROS REQUERIMIENTOS

- Implementar mecanismos periódicos de seguimiento y control a la ejecución presupuestal, que permitan identificar oportunamente rezagos y adoptar acciones correctivas.
- Definir e implementar por parte de la Alta Dirección y los líderes de los procesos, un plan de acción para el tratamiento de los riesgos identificados, estableciendo controles, responsables, indicadores y mecanismos de seguimiento periódico, con el fin de fortalecer la gestión del riesgo y el Sistema de Control Interno conforme a la normatividad vigente.
- Fortalecer los mecanismos de control y verificación previa al reporte de la información contractual, estableciendo procedimientos de conciliación periódica entre los registros documentales físicos, el SECOP y el SIA Observa, con el fin de garantizar la coherencia, integridad y oportunidad de la información rendida. Asimismo, se sugiere designar responsables y establecer puntos de control dentro del proceso de gestión contractual, que permitan asegurar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por los entes de control en materia de rendición de cuentas y reporte de información.
- Formular, suscribir y ejecutar oportunamente los planes de mejoramiento derivados de las auditorías externas, garantizando el cumplimiento del plazo máximo de seis (6) meses para la implementación de las acciones y realizando seguimiento periódico a su ejecución.
- Articular los instrumentos de planeación institucional con los reportes de gestión, a fin de que los resultados de rendición de cuentas reflejen de manera consistente la ejecución de las actividades programadas y contribuyan al mejoramiento del desempeño institucional.
- Fortalecer la estructura funcional de la Oficina de Control Interno y garantizar el cumplimiento efectivo de sus funciones de evaluación independiente, asesoría y seguimiento, conforme a los lineamientos del Sistema de Control Interno y las buenas prácticas de auditoría interna en el sector público.

SANDRA FELISA JIMENEZ REYES
Asesora Oficina de Control Interno