

Nombre de la Entidad:	INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES POPULARES – IPC
Periodo Evaluado:	01 DE ENERO DE 2026 AL 30 DE JUNIO DE 2026

Estado del sistema de Control Interno de la entidad	32%
--	------------

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):	No	La evaluación evidencia un bajo nivel de articulación entre los componentes del Sistema de Control Interno, reflejado en un cumplimiento general del 32 %. Persisten deficiencias en la gestión del riesgo, las actividades de control, la información y comunicación y el monitoreo, lo que limita la integración y el funcionamiento coordinado del sistema.																				
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	El Sistema de Control Interno no presenta un nivel de efectividad suficiente para contribuir razonablemente al logro de los objetivos institucionales. La evaluación consolidada evidenció que el 46 % de los criterios corresponden a deficiencias de control y el 47 % a deficiencias de control mayor, lo que demuestra debilidades significativas en el diseño y funcionamiento de los controles. La evaluación de los 81 requerimientos del Sistema de Control Interno (100 %) arrojó la siguiente distribución por nivel de cumplimiento: <table><tr><th>Cantidad Requerimientos de Control</th><th>% Clasificación de los Requerimientos</th><th>Clasificación</th><th>Observaciones del Control</th></tr><tr><td>6</td><td>7%</td><td>Mantenimiento del Control</td><td>Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.</td></tr><tr><td>0</td><td>0%</td><td>Oportunidad de Mejora</td><td>Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.</td></tr><tr><td>37</td><td>46%</td><td>Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)</td><td>Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.</td></tr><tr><td>38</td><td>47%</td><td>Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)</td><td>No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha.</td></tr></table>	Cantidad Requerimientos de Control	% Clasificación de los Requerimientos	Clasificación	Observaciones del Control	6	7%	Mantenimiento del Control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	0	0%	Oportunidad de Mejora	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.	37	46%	Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	38	47%	Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha.
Cantidad Requerimientos de Control	% Clasificación de los Requerimientos	Clasificación	Observaciones del Control																			
6	7%	Mantenimiento del Control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.																			
0	0%	Oportunidad de Mejora	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.																			
37	46%	Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.																			
38	47%	Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha.																			

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):	En proceso	Aunque la entidad cuenta con la Oficina de Control Interno, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y otros instrumentos de direccionamiento, persisten debilidades en la formalización e implementación del esquema de las Tres Líneas de Defensa, especialmente en el ejercicio de la segunda línea, lo que limita el monitoreo de riesgos, controles y planes de mejoramiento.
--	------------	--

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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	NO	25%	<u>Fortalezas</u> • Se verificó la adopción formal del Código de Integridad, como instrumento que establece los principios y valores institucionales, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura ética y al desarrollo de mecanismos de autorregulación en la entidad. • La entidad ha adoptado el Plan de Transparencia y Ética Pública (PTEP) mediante el Acuerdo No. 082 de 2025 y la Política de Gestión Documental mediante el Acuerdo No. 085 del 21 de enero de 2026, instrumentos que fortalecen la transparencia, la ética pública, el acceso a la información y la adecuada administración de la documentación institucional como mecanismos preventivos frente al uso inadecuado de la información. • La entidad cuenta la formulación de la Política para la Gestión Integral del Riesgo.	19%	<u>Fortalezas</u> La Institución cuenta con un marco normativo básico que soporta el Ambiente de Control, entre ellos el Reglamento Docente, la estructura organizacional, el manual de funciones y la definición formal de roles y responsabilidades, lo cual permite identificar funciones asociadas a las líneas de defensa. Se han adoptado instrumentos institucionales relevantes como la Política de Gestión Humana, el Plan Estratégico de Gestión Humana, la Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el Programa de Transparencia y Ética Pública y la Política de Tratamiento de Datos Personales, lo que evidencia avances en el diseño del sistema de control. Existen instancias colegiadas formalmente creadas, como el	6%

			• Se verificó la creación y formalización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como instancia responsable de orientar, evaluar y fortalecer el Sistema de Control Interno. • Se evidenció la formulación del Plan Estratégico de Talento Humano, instrumento que orienta la gestión del personal. • La entidad cuenta con el Plan de Desarrollo Institucional, el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y el Plan de Acción, instrumentos que soportan el direccionamiento estratégico. • Se evidenció la formalización de la estructura organizacional y la asignación de funciones y responsabilidades. • La entidad realizó el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) correspondiente a la vigencia 2025, cuyos resultados constituyen un insumo para identificar oportunidades de mejora y fortalecer el componente Ambiente de Control y el Sistema de Control Interno. <u>Debilidades</u> • La entidad no dispone de un mecanismo estructurado para evaluar periódicamente la aplicación y efectividad del Código de Integridad, mediante el análisis de desviaciones éticas, procesos disciplinarios, quejas, denuncias y la definición e implementación de acciones de mejora.		Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité de Conciliación, que apoyan la toma de decisiones institucionales. Se han iniciado acciones orientadas a fortalecer la cultura organizacional, tales como actividades de integración y resolución de conflictos desde el área de talento humano. <u>Debilidades</u> La institución no cuenta con un Código de Integridad, ni con mecanismos formales de medición del clima organizacional, convivencia laboral y percepción de integridad, lo cual debilita la consolidación de una cultura ética institucional y el seguimiento a través de instrumentos como el FURAG. No se dispone de un reglamento disciplinario para los servidores públicos, ni de lineamientos integrales que regulen de manera homogénea los temas disciplinarios y de conducta. La implementación de las políticas y planes adoptados en materia de talento humano, ética y transparencia es incipiente, dado que fueron aprobados recientemente y no se evidencian resultados derivados de su ejecución ni evaluación. No se encuentra formalmente conformado ni en funcionamiento	
--	--	--	--	--	---	--

			• Se evidenció que la entidad no ha conformado ni puesto en funcionamiento el Comité de Convivencia Laboral, limitando la implementación de mecanismos preventivos y correctivos para la promoción de un ambiente laboral adecuado y la gestión de conflictos. • Se evidenció que la Política Institucional de Transparencia y Acceso a la Información Pública se encuentra en proceso de socialización, y que la gestión documental aún requiere el fortalecimiento de su implementación mediante la formulación del Programa de Gestión Documental, el PINAR y las Tablas de Retención Documental, lo que limita la consolidación de controles institucionales para la prevención y detección del uso inadecuado de la información privilegiada y otros riesgos asociados. • Se evidenciaron deficiencias en el monitoreo de los riesgos de corrupción y la implementación de mecanismos internos para la recepción de denuncias por incumplimientos al Código de Integridad. • Se evidenció la falta de soportes que demuestren que los objetivos institucionales cumplen criterios SMART y son objeto de seguimiento y evaluación periódica por parte de la Alta Dirección. • Se evidencia que aún no se encuentran los procesos sistemáticos de evaluación del desempeño,		el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), lo que limita la orientación estratégica, la articulación de las líneas de defensa y el seguimiento integral al Sistema de Control Interno. La entidad presenta insuficiencia de personal de planta, operando en gran medida con prestadores de servicios, quienes por su naturaleza jurídica no pueden asumir funciones permanentes ni responsabilidades propias de las líneas de defensa. No se evidencian procesos sistemáticos de evaluación del desempeño, permanencia, retiro, capacitación ni transferencia del conocimiento, lo cual afecta la sostenibilidad del Ambiente de Control.	
--	--	--	--	--	---	--

			permanencia, retiro, capacitación ni transferencia del conocimiento, lo cual afecta la sostenibilidad del ambiente de Control. • Se evidencia que la Institución no cuenta con el Plan Institucional de Capacitaciones. <u>Conclusión</u> 1. El componente Ambiente de Control evidencia avances importantes en el fortalecimiento institucional, reflejados en la expedición de actos administrativos, la adopción de políticas institucionales, la actualización de instrumentos de planeación y la creación de instancias de gobernanza que contribuyen a la consolidación del Sistema de Control Interno. Asimismo, se observa un mayor compromiso de la Alta Dirección con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y con el fortalecimiento del marco normativo institucional. No obstante, el componente continúa presentando debilidades que limitan su nivel de madurez y funcionamiento efectivo. Se evidencian oportunidades de mejora relacionadas con la puesta en operación de algunos órganos de gobernanza, la consolidación de la cultura de integridad, la implementación efectiva de políticas e instrumentos recientemente adoptados, el fortalecimiento del esquema de líneas de defensa, la gestión del talento humano y el seguimiento sistemático a los			
--	--	--	---	--	--	--

			mecanismos de control establecidos. Estas situaciones afectan la articulación de los componentes del Sistema de Control Interno y limitan la capacidad institucional para gestionar oportunamente los riesgos y fortalecer la mejora continua. <u>Recomendaciones</u> 1.Fortalecer la operación de las instancias de dirección y coordinación institucional, garantizando el funcionamiento efectivo de los comités creados y el cumplimiento de las funciones asignadas. 2.Consolidar la implementación de las políticas, planes, programas e instrumentos institucionales recientemente adoptados, estableciendo mecanismos de seguimiento que permitan evaluar su efectividad y generar acciones de mejora. 3.Fortalecer la cultura de integridad mediante estrategias permanentes de sensibilización, apropiación del Código de Integridad, prevención de conflictos de interés, seguimiento a los riesgos de corrupción y promoción de principios éticos en todos los niveles de la organización. 4.Continuar consolidando el esquema de las tres líneas de defensa, fortaleciendo la articulación entre la Alta Dirección, los líderes de proceso y la Oficina de Control Interno para mejorar la gestión del riesgo y el ejercicio del control. 5.Fortalecer la gestión estratégica del talento humano mediante la			
--	--	--	--	--	--	--

			implementación de mecanismos de evaluación, capacitación, transferencia del conocimiento y gestión del desempeño, que contribuyan a la sostenibilidad del Sistema de Control Interno. 6.Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan medir periódicamente la efectividad del Ambiente de Control, facilitando la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la gestión institucional.			
--	--	--	---	--	--	--

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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
Evaluación de riesgos	NO	3%	<u>Fortalezas</u> - Se evidenció que la Institución ha fortalecido progresivamente en la formulación y diseño de la gestión del riesgo mediante la formulación de la Política para la Gestión Integral del Riesgo, instrumento que define lineamientos generales y niveles de aceptación del riesgo para apoyar la administración institucional. - La Institución dispone de una Matriz de Riesgos y ha adelantado ejercicios de identificación y valoración de riesgos, evidenciando un avance en la incorporación de la gestión del riesgo dentro de sus procesos de planeación y administración. - La Institución cuenta con instrumentos de direccionamiento	3%	<u>Fortalezas</u> La entidad cuenta con el Plan Institucional de Desarrollo, el cual fue consolidado en el Plan de Mejoramiento – línea estratégica de Excelencia Académica. Estructura organizacional y de procesos definida. Se evidenció que la entidad analizó el impacto frente al organigrama y al mapa de procesos, y dispone de: Planes institucionales en desarrollo. Se cuenta con evidencia documental del Plan de Mejoramiento – Excelencia Académica, lo cual demuestra un nivel básico de formalización de la gestión del mejoramiento.	0%

			estratégico, entre ellos el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y el Plan de Acción, los cuales establecen objetivos, metas e indicadores que sirven de base para la identificación y administración de los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales. <u>Debilidades</u> • Se evidenció que la Política para la Gestión Integral del Riesgo aún no ha sido aprobada por el Consejo Directivo, situación que impide su adopción formal y limita su implementación uniforme en todos los procesos institucionales. • No existen mecanismos suficientemente documentados que permitan demostrar la consolidación, análisis y reporte periódico de la información sobre riesgos por parte de la segunda línea de defensa hacia la Alta Dirección, limitando la toma de decisiones basada en riesgos. • No fue posible verificar que la Alta Dirección analice de manera sistemática las materializaciones de riesgos, evalúe las fallas en el diseño y ejecución de los controles, defina oportunamente cursos de acción para la actualización de los mapas de riesgos ni realice seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas para el tratamiento de los riesgos materializados. • Persisten oportunidades de mejora en la identificación integral de riesgos, especialmente frente a factores		<u>Debilidades</u> Ausencia de una Política de Administración de Riesgos. La institución no cuenta con una política formal que oriente la identificación, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos, lo que limita la gestión integral del riesgo. El diagnóstico realizado se limita principalmente a factores internos, quedando pendiente el análisis de los factores externos, lo que impide identificar nuevos riesgos y ajustar oportunamente los riesgos existentes. No se evidencian mecanismos adecuados para la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos derivados de la contratación de servicios tercerizados, lo cual puede afectar el funcionamiento institucional. No se evidenció un proceso sistemático de seguimiento y monitoreo de los riesgos identificados, lo que debilita la capacidad de respuesta y control oportuno. Se evidencia una limitada articulación de la Alta Dirección con las líneas de defensa, las cuales no se encuentran formalmente definidas ni identificadas en la institución, lo que debilita la estructura de control y la efectividad del Sistema de Control Interno.	
--	--	--	--	--	---	--

			externos, riesgos derivados de la contratación de servicios tercerizados, riesgos asociados a cambios organizacionales y riesgos estratégicos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. • Se evidenció además que la articulación entre la Alta Dirección, la segunda línea de defensa y los responsables de los procesos aún requiere fortalecerse, al igual que la consolidación de metodologías para evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos identificados y la implementación de mecanismos permanentes de monitoreo y seguimiento. • Se evidenció la persistencia en la ausencia de procesos completamente caracterizados, de procedimientos institucionales consolidados y de la aprobación definitiva de los instrumentos de administración del riesgo limita la madurez del componente y la consolidación de una gestión integral basada en riesgos. <u>Conclusión</u> El componente Evaluación de Riesgos evidencia avances en la construcción de instrumentos para la administración del riesgo, particularmente en la formulación de la Política para la Gestión Integral del Riesgo, la elaboración de la Matriz de Riesgos y la articulación de la gestión del riesgo con los instrumentos de direccionamiento estratégico institucional. Estos avances		No se evidenció que la Alta Dirección evalúe de manera sistemática las fallas en el diseño y ejecución de los controles esto limita el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la toma de decisiones basada en riesgos. No existen actividades que evidencien el análisis del impacto que generan los cambios en los diferentes niveles organizacionales sobre el sistema de control interno y la gestión de riesgos. Aunque se reconocen avances en materia de diagnóstico y planeación, no se evidencia un seguimiento adecuado que garantice la efectividad de las acciones implementadas..	
--	--	--	--	--	--	--

			representan un paso importante hacia la consolidación del Sistema de Control Interno. No obstante, la evaluación permitió establecer que dichos instrumentos aún se encuentran en una etapa de formalización e implementación, razón por la cual persisten debilidades relacionadas con la aprobación de la política institucional, la aplicación homogénea de la metodología de administración del riesgo, el monitoreo permanente de los riesgos, la evaluación de la efectividad de los controles, el seguimiento a la materialización de riesgos y la toma de decisiones basada en información consolidada. En consecuencia, el componente presenta un nivel de madurez en desarrollo y requiere fortalecer su implementación para garantizar una administración integral del riesgo conforme a los lineamientos del MIPG. <u>Recomendaciones</u> 1. Gestionar la aprobación, adopción e implementación de la Política para la Gestión Integral del Riesgo, garantizando su aplicación en todos los procesos y dependencias de la Institución. 2. Fortalecer la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos institucionales, incorporando factores internos y externos que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos.			
--	--	--	---	--	--	--

			3. Consolidar el rol de la segunda línea de defensa mediante mecanismos formales de consolidación, análisis y reporte periódico de la información sobre riesgos a la Alta Dirección. 4. Implementar procedimientos para el análisis de la materialización de riesgos, la revisión y actualización de los mapas de riesgos y el seguimiento a la efectividad de las acciones de tratamiento adoptadas. 5. Fortalecer la articulación entre la Alta Dirección, los líderes de proceso y las líneas de defensa para garantizar una gestión del riesgo integrada con el Sistema de Control Interno y la planeación institucional. 6. Establecer metodologías e indicadores que permitan evaluar periódicamente la eficacia de los controles asociados a los riesgos institucionales y apoyar la mejora continua del Sistema de Control Interno.			
--	--	--	---	--	--	--

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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
Actividades de control	NO	21%	<u>Fortalezas</u> La entidad cuenta con una estructura organizacional y un Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales formalmente adoptados, que establecen las responsabilidades, niveles de autoridad y bases para la asignación	8%	<u>Fortalezas</u> La institución universitaria cuenta con el Acuerdo 045 de 2025 y la Resolución 179 de 2025, mediante los cuales se define la estructura orgánica, las responsabilidades por áreas, así como el diseño de	13%

			de controles y la segregación de funciones. • Se encuentran conformados y en funcionamiento la Oficina de Control Interno y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), fortaleciendo la supervisión y evaluación de las actividades de control. • La entidad ha formulado instrumentos estratégicos para fortalecer el Sistema de Control Interno, entre ellos la Política para la Gestión Integral del Riesgo, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) y la Política Estratégica de Tecnologías de la Información, evidenciando avances en la gestión institucional y el Gobierno Digital. • Se dispone de instrumentos de gestión y direccionamiento institucional, como el organigrama, manuales, procedimientos y lineamientos administrativos, que contribuyen a la estandarización de las actividades de control. • Los procesos contractuales incorporan la identificación y análisis de riesgos desde la etapa de planeación, así como la definición de medidas de mitigación y garantías, fortaleciendo los controles asociados a la gestión contractual. • La entidad ha identificado técnicamente las limitaciones para la provisión de la planta de personal y cuenta con estudios financieros y planes de previsión del recurso		los empleos, perfiles de competencias y contenido funcional, lo que contribuye a la claridad en la asignación de responsabilidades. Existencia de lineamientos financieros y contables La entidad dispone de un Manual de Políticas Contables y Financieras, el cual orienta la ejecución de las actividades de control desarrolladas por los contratistas y establece criterios básicos para la gestión financiera. Se cuenta con canales formales, como el correo electrónico institucional y otros sistemas de información, que permiten a los líderes de procesos y a sus equipos reportar situaciones relevantes durante la ejecución de los procesos. La institución realizó ejercicios de proyección financiera de la planta de cargos, orientados a fortalecer la segregación de funciones administrativas y académicas, lo que evidencia intención institucional de mejorar el control interno. La institución se encuentra en proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, cuenta con un Manual de Calidad y ha manifestado su intención de adoptar sistemas de gestión con criterios internacionales. La entidad cuenta con una Política Estratégica de	
--	--	--	--	--	---	--

			humano que respaldan la gestión de dichas limitaciones. • Se evidencian avances en el fortalecimiento de los controles de tecnologías de la información mediante el diseño de mecanismos para la administración de accesos, gestión de usuarios y soporte tecnológico, orientados a mejorar la confiabilidad de los sistemas de información. • La institución ha iniciado el proceso de articulación de las actividades de control con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), mediante la formulación de políticas e instrumentos que servirán de base para fortalecer la gestión por procesos, la administración del riesgo y el mejoramiento continuo. <u>Debilidades</u> • No se encuentra formalizado e implementado el esquema de las Tres Líneas de Defensa, lo que limita la definición de responsabilidades, la coordinación entre líneas y el funcionamiento integral de las actividades de control. • La gestión integral del riesgo presenta un bajo nivel de madurez, debido a que la Política para la Gestión Integral del Riesgo y la matriz institucional de riesgos aún no han sido aprobadas e implementadas, limitando la identificación, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, así como la actualización de los controles institucionales.		Tecnología de la Información y con un PETI alineado a los lineamientos de Gobierno Digital del MINTIC, así como con borradores de políticas de seguridad de la información. Aunque no se cuenta con una Política de Administración del Riesgo formalizada, la entidad ha elaborado matrices y mapas de riesgos, en los cuales se han definido niveles de aceptación del riesgo. Desde el área de Gestión Humana se han proyectado capacitaciones en normas ISO para personal clave, lo cual contribuye a la homogeneización normativa y al fortalecimiento de la cultura de control. <u>Debilidades</u> La institución no cuenta con una Política de Administración del Riesgo formalmente adoptada, lo que limita la gestión integral, preventiva y sistemática de los riesgos y dificulta su monitoreo permanente. No se evidencia una metodología formal para evaluar el diseño y la efectividad de los controles en relación con los riesgos identificados, lo cual incrementa la exposición a riesgos no mitigados y debilita el Sistema de Control Interno.	
--	--	--	--	--	--	--

			• La segunda línea de defensa no realiza un monitoreo sistemático de los controles, la gestión del riesgo ni de los procesos y servicios tercerizados, generando una alta dependencia de la evaluación desarrollada por la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa. • La insuficiencia de personal limita la adecuada segregación de funciones y la ejecución efectiva de los controles, sin que se evidencie la implementación de controles compensatorios formalmente documentados para mitigar los riesgos derivados de esta situación. • Se evidencian debilidades en los controles generales de tecnologías de la información, relacionadas con la administración de accesos, segregación de funciones en los sistemas de información, adopción de la Política de Seguridad de la Información y supervisión de proveedores tecnológicos. • No se evidencia una articulación efectiva entre las actividades de control, la gestión del riesgo y los demás sistemas de gestión institucional, lo que limita la estandarización, seguimiento y evaluación de la eficacia de los controles, conforme a los lineamientos del MIPG. <u>Conclusiones</u> 1. La entidad ha implementado mecanismos e instrumentos de control que respaldan la gestión		La entidad no cuenta con una planta de cargos suficiente que permita una adecuada segregación de funciones, situación derivada de la limitada disponibilidad presupuestal. No se dispone de manuales de procesos y procedimientos, instructivos ni caracterización de procesos que aseguren la aplicación uniforme y consistente de las principales actividades de control. A pesar de contar con una estructura orgánica definida, la falta de recursos presupuestales impide la contratación del personal requerido para garantizar el funcionamiento efectivo de los procesos. La institución no cuenta con un Sistema de Control Interno formalmente implementado ni integrado con otros sistemas de gestión bajo estándares internacionales (ISO), lo que limita la articulación de los mecanismos de control. No se evidencian actividades de control formales sobre: Infraestructura tecnológica Seguridad de la información Adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías Lo anterior se debe a la ausencia de procedimientos, criterios y controles formalizados. La entidad no cuenta con mecanismos sistemáticos de	
--	--	--	--	--	---	--

			institucional, tales como el mapa de procesos, los indicadores de gestión y el Manual de Contratación, evidenciando avances en el diseño de las actividades de control. 2. La Oficina de Control Interno desarrolla auditorías y seguimientos conforme al Plan Anual de Auditoría, aportando una evaluación independiente que contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno. 3. Se identifican debilidades en la implementación del enfoque basado en riesgos, debido a que la Política para la Gestión Integral del Riesgo aún no ha sido aprobada ni implementada, y no se evidencia un esquema formal de las Tres Líneas de Defensa. 4. La ausencia de mecanismos de monitoreo por parte de la segunda línea de defensa y de metodologías para el seguimiento de los riesgos asociados a procesos y servicios tercerizados limita la efectividad de las actividades de control y la capacidad institucional para prevenir oportunamente la materialización de riesgos. 5. Se evidencian oportunidades de mejora en la implementación de controles generales de tecnologías de la información, la administración de accesos, la supervisión de proveedores tecnológicos y la integración de los controles con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), aspectos que limitan		supervisión y evaluación del cumplimiento de los servicios prestados por proveedores tecnológicos, más allá de informes de supervisión contractual. No se han formalizado matrices de roles y usuarios que permitan aplicar de manera efectiva el principio de segregación de funciones en los sistemas de información. No se cuenta con una Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa que actúe como evaluador independiente del diseño y funcionamiento de los controles. No se evidencia la evaluación periódica de los controles frente a: Cambios normativos Ajustes organizacionales Particularidades de cada proceso. Esto limita su efectividad y aumenta la exposición a riesgos operativos y de cumplimiento. Aunque se proyectan capacitaciones, actualmente existe una insuficiente formación del personal en normas de sistemas de gestión de calidad y control interno.	
--	--	--	--	--	---	--

			la capacidad institucional para gestionar oportunamente los riesgos y fortalecer el desempeño del Sistema de Control Interno. <u>Recomendaciones</u> 1. Formalizar e implementar el esquema institucional de las Tres Líneas de Defensa, definiendo claramente los roles, responsabilidades y mecanismos de coordinación de la primera, segunda y tercera línea, conforme a los lineamientos del DAFP. 2. Aprobar e implementar la Política para la Gestión Integral del Riesgo y la matriz institucional de riesgos, asegurando su articulación con los procesos institucionales y el diseño, actualización y seguimiento de las actividades de control. 3. Fortalecer el rol de la segunda línea de defensa mediante el monitoreo periódico de los controles, la gestión integral del riesgo y los procesos y servicios tercerizados, estableciendo metodologías para su evaluación, criterios de criticidad, mecanismos de seguimiento y reportes periódicos a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). 4. Fortalecer los controles generales de tecnologías de la información, mediante la implementación del PETI, la adopción de la Política de Seguridad de la Información, la administración de accesos y perfiles de usuario, la segregación de			
--	--	--	---	--	--	--

			funciones en los sistemas de información y la supervisión periódica de los proveedores tecnológicos. 5. Consolidar y documentar los procesos, procedimientos e instrumentos de operación institucional, garantizando la estandarización de las actividades de control y su integración con la gestión del riesgo, el Sistema de Gestión de Calidad, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Control Interno.			
--	--	--	--	--	--	--

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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
Información y comunicación	SI	46%	<u>Fortalezas</u> - La entidad dispone de herramientas tecnológicas y sistemas de información para la gestión documental, administrativa y académica, tales como Orfeo, SIGA, Google Workspace y la página web institucional, que favorecen la captura, administración, conservación y disponibilidad de la información. - Se cuenta con un marco normativo e institucional para la gestión de la información y las comunicaciones, evidenciado en la adopción de la Política de Comunicaciones, la Política de Gestión Documental, el Plan de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y otros instrumentos orientados al fortalecimiento de la	29%	<u>Fortalezas</u> La entidad cuenta con Política de Tratamiento de Datos Personales, aprobada mediante Acuerdo No. 070 del Consejo Directivo. Se encuentran en formulación políticas clave como: Política de Seguridad de la Información. Política de Gestión Documental. Política de Comunicaciones. Uso de plataformas institucionales para la captura y gestión de información La información se captura y administra mediante: Página web institucional, formularios PQRSD, plataforma SIGA (información académica), Suite Google (Drive, Mail), Sistema	17%

			transparencia, la gestión documental y el Gobierno Digital. • La entidad dispone de canales institucionales de comunicación interna y externa, incluyendo la página web, redes sociales, correo institucional, ventanilla única y mecanismos para la atención de PQRS, favoreciendo la interacción con los grupos de valor y la divulgación de información institucional. • Se evidencian mecanismos de retroalimentación y evaluación de la comunicación, mediante la formulación y aplicación de encuestas de satisfacción dirigidas a la comunidad institucional, orientadas a identificar oportunidades de mejora en los procesos de información y comunicación. <u>Debilidades</u> 1. No se encuentra implementado integralmente el Sistema de Gestión de la Información, debido a la ausencia de políticas, procedimientos, inventarios y controles documentados que regulen el ciclo de vida de la información, su clasificación, conservación, actualización, protección y disponibilidad. 2. La gestión de la seguridad y privacidad de la información presenta un bajo nivel de madurez, al encontrarse pendientes la aprobación e implementación del Plan y de la Política de Seguridad de la Información, así como de controles relacionados con la administración de		de Gestión Documental (SDG), Sistema Orfeo para correspondencia y PQRS. La información es custodiada por las áreas responsables bajo lineamientos definidos. Se cuenta con inventario de activos de información, con un avance aproximado del 90%. Se mantiene respaldo de procesos críticos en servidores propios o plataformas con licenciamiento. Existen canales oficiales de comunicación externa: Página web institucional, Redes sociales oficiales (Instagram, Facebook, TikTok, LinkedIn, X y YouTube). Se cuenta con lineamientos de comunicación y manual de identidad visual para la difusión de información. Mecanismo de atención al ciudadano es la ventanilla única para la recepción y clasificación de solicitudes. Formulario web para PQRSDF. Instructivo básico para la gestión de PQRS. El área de comunicaciones elabora informes mensuales de redes sociales. Se aplican encuestas de percepción a usuarios y personal administrativo. <u>Debilidades</u> El Plan de Seguridad de la Información no ha sido aprobado ni implementado.	
--	--	--	---	--	--	--

			accesos, clasificación de la información, gestión de incidentes y monitoreo de la efectividad de los controles. 3. La gestión documental aún no se encuentra consolidada, debido a la falta de implementación de instrumentos archivísticos como el Programa de Gestión Documental (PGD), el Plan Institucional de Archivos (PINAR), las Tablas de Retención Documental (TRD) y procedimientos que regulen integralmente el manejo de la información. 4. Los procesos de comunicación interna y externa carecen de mecanismos sistemáticos para evaluar su efectividad, debido a la ausencia de indicadores, procedimientos de seguimiento y metodologías que permitan verificar la apropiación de la información, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y el impacto de los canales institucionales. 5. No se evidencia una gestión estructurada de la información para la toma de decisiones, debido a la inexistencia de inventarios institucionales de información, metodologías para el aprovechamiento de fuentes internas y externas, caracterización de grupos de valor y análisis sistemático de la información proveniente de PQRS, encuestas y otros mecanismos de retroalimentación.		La Política de Comunicaciones aún no ha sido formalmente adoptada. La Política de Tratamiento de Datos Personales no cuenta con todos sus anexos ni con plena implementación operativa. No se cuenta con: Manual de procedimientos de PQRS. Manual de Ventanilla Única. Procedimientos formalizados para el manejo de información entrante y saliente. Procedimientos documentados de Gestión Documental. Metodología estandarizada para medición de satisfacción del usuario. No existe una estrategia clara de socialización de: Objetivos estratégicos. Metas institucionales. Rol del personal en el cumplimiento del direccionamiento estratégico. No se cuenta con convenios de interoperabilidad para el intercambio de información con otras entidades. No se evidencia un plan de análisis de información externa. No se ha conformado el comité responsable de la gestión documental. No se dispone de una matriz interna de control documental. La entrega y recepción de archivos se realiza sin	
--	--	--	--	--	---	--

			6. Persisten debilidades en la gobernanza de la información y las comunicaciones, reflejadas en la falta de funcionamiento de instancias previstas para su gestión, la inexistencia de procedimientos para la administración integral de la información y la limitada articulación entre las políticas de comunicaciones, gestión documental, seguridad de la información y Gobierno Digital. <u>Conclusiones</u> 1. La entidad ha implementado herramientas tecnológicas, canales de comunicación e instrumentos normativos que constituyen una base para la gestión de la información, la comunicación institucional y la transparencia, favoreciendo el acceso a la información y la interacción con los grupos de valor. 2. Se evidencian avances en la adopción de políticas e instrumentos relacionados con la gestión documental, las comunicaciones, la transparencia y el Gobierno Digital; sin embargo, varios de estos se encuentran en proceso de implementación, por lo que aún no es posible evidenciar plenamente su efectividad. 3. El componente presenta debilidades relacionadas con la gestión integral de la información, debido a la ausencia de procedimientos, inventarios y controles documentados que garanticen la administración, protección, actualización y		procedimientos plenamente definidos. No se evidencia análisis periódico de: Resultados de PQRS. Encuestas de satisfacción. Efectividad de los canales de comunicación. El área de comunicaciones presenta insuficiencia de equipos tecnológicos para cumplir adecuadamente sus funciones.	
--	--	--	--	--	--	--

			trazabilidad de la información durante todo su ciclo de vida. 4. La gestión de la seguridad y privacidad de la información, la gestión documental y los procesos de comunicación interna y externa requieren fortalecerse mediante la implementación de controles, mecanismos de seguimiento e indicadores que permitan evaluar su efectividad y contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales. 5. La información generada a través de los diferentes canales institucionales y mecanismos de participación ciudadana aún no es aprovechada de manera sistemática para apoyar la gestión del riesgo, la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno. <u>Recomendaciones</u> 1. Consolidar el Sistema de Gestión de la Información, mediante la adopción e implementación de políticas, procedimientos, inventarios y controles que regulen el ciclo de vida de la información, asegurando su integridad, disponibilidad, confiabilidad, trazabilidad y oportunidad. 2. Fortalecer la seguridad y privacidad de la información, aprobando e implementando el Plan y la Política de Seguridad de la Información, el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y los controles asociados a la administración de			
--	--	--	---	--	--	--

			accesos, clasificación de la información, gestión de incidentes, copias de seguridad y monitoreo periódico de su efectividad. 3. Implementar integralmente la Política de Gestión Documental, mediante la adopción de los instrumentos archivísticos (PGD, PINAR y Tablas de Retención Documental), la definición de responsabilidades y la estandarización de los procedimientos para la administración y conservación de la información institucional. 4. Fortalecer los procesos de comunicación interna y externa, estableciendo procedimientos, indicadores y mecanismos de evaluación que permitan medir la eficacia de los canales institucionales, la apropiación de la información por parte de los servidores y el impacto de las estrategias de comunicación sobre los grupos de valor. 5. Implementar mecanismos para la gestión estratégica de la información, consolidando inventarios institucionales, metodologías para el aprovechamiento de fuentes internas y externas, caracterización de grupos de valor y análisis de la información proveniente de PQRSD, encuestas y demás mecanismos de retroalimentación, como insumo para la toma de decisiones y la mejora continua. 6. Fortalecer la gobernanza de la información, garantizando la articulación entre las políticas de			
--	--	--	--	--	--	--

			comunicaciones, gestión documental, seguridad de la información, Gobierno Digital y transparencia, así como el funcionamiento efectivo de las instancias responsables de su seguimiento y evaluación.			
--	--	--	---	--	--	--

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> 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
Monitoreo	SI	64%	<u>Fortalezas</u> - La entidad cuenta con una Oficina de Control Interno y un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) formalmente constituidos, que ejercen la función de evaluación independiente y contribuyen al fortalecimiento del Sistema de Control Interno. - La Oficina de Control Interno ejecuta el Plan Anual de Auditoría, desarrolla auditorías, seguimientos e informes de ley, y comunica periódicamente sus resultados a la Alta Dirección y al CICCI, favoreciendo el monitoreo institucional y la toma de decisiones. - Los resultados de las auditorías internas y de las evaluaciones realizadas por organismos de control externos son considerados para la formulación de planes de mejoramiento, promoviendo el mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno. - La entidad publica los informes de auditoría y seguimiento en la página	0%	<u>Fortalezas</u> La Resolución No. 357 de 2025 asigna al Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) funciones relacionadas con: Revisión de deficiencias. Seguimiento a planes y programas. Definición de acciones correctivas. Esto constituye una base normativa válida para el ejercicio del monitoreo institucional. Existencia de planes institucionales La entidad cuenta con planes institucionales que orientan la gestión y permiten realizar seguimiento al cumplimiento de objetivos y procesos, aun cuando este seguimiento se realiza de forma parcial o descentralizada. Monitoreo externo por entes de control La institución es objeto de fiscalización por: Contraloría.	64%

			web institucional, fortaleciendo la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la información. - Las evaluaciones efectuadas por organismos de control externo constituyen un insumo para valorar la efectividad del Sistema de Control Interno y fortalecer la gestión institucional. <u>Debilidades</u> - No se encuentra implementado de manera integral el esquema de monitoreo de la segunda línea de defensa, debido a que no se evidenció un seguimiento sistemático a los planes de mejoramiento, la gestión del riesgo, las deficiencias de control interno ni a los resultados de las evaluaciones internas y externas. - No se cuenta con procedimientos ni herramientas institucionales para consolidar, analizar y reportar las deficiencias del Sistema de Control Interno, ni con matrices de seguimiento que permitan monitorear el cumplimiento, avance y efectividad de las acciones de mejoramiento. - No se encuentra formalizado el procedimiento para el reporte, análisis y seguimiento de las deficiencias de control interno, definiendo responsabilidades, flujos de comunicación y mecanismos de articulación entre la Alta Dirección, el CICC, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y la segunda línea de defensa. - La gestión del monitoreo presenta limitaciones en su articulación con la		Personería. Ministerio de Educación Nacional. Defensoría del Pueblo. Los informes y requerimientos de estos entes han permitido identificar oportunidades de mejora y activar acciones correctivas (ej. mesas de trabajo, elaboración de planes de acción). Ante la ausencia de Control Interno formal, se realizaron: Reuniones de seguimiento con líderes de planeación, Secretaría General, Oficina Jurídica y Rectoría. Registro de actas que evidencian seguimiento a situaciones relevantes. Disponibilidad de canales para recepción de información Existencia de página web institucional y canal PQRS que permiten recoger información de usuarios, insumos potenciales para el monitoreo del desempeño institucional. <u>Debilidades</u> Ausencia del Sistema de Control Interno No se conformó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). No existió Oficina de Control Interno. Esta situación afecta gravemente la capacidad institucional de	
--	--	--	--	--	---	--

			administración del riesgo, debido a que la matriz institucional de riesgos aún no se encuentra implementada integralmente, afectando el seguimiento basado en riesgos y la evaluación de la efectividad de los controles. • No se evidenció un análisis sistemático de la información proveniente de las PQRSD ni de otras fuentes de monitoreo, que permita identificar tendencias, riesgos, oportunidades de mejora y apoyar la toma de decisiones por la Alta Dirección <u>Conclusiones</u> 1. La entidad ha fortalecido el componente Actividades de Monitoreo mediante la operación de la Oficina de Control Interno, la ejecución del Plan Anual de Auditoría y el funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), lo que ha permitido desarrollar evaluaciones independientes y comunicar oportunamente sus resultados a la Alta Dirección. 2. Los resultados de las auditorías internas y de las evaluaciones efectuadas por organismos de control han dado lugar a la formulación de planes de mejoramiento, evidenciando el compromiso institucional con el fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno. No obstante, el componente presenta debilidades relacionadas con el		realizar monitoreo sistemático y estructurado. La institución no identificó ni implementó formalmente las tres líneas de defensa. No desarrolló procedimientos de monitoreo continuo propios de la segunda línea de defensa. En consecuencia, no se dispone de información clave para la toma de decisiones estratégicas. Inexistencia de evaluaciones internas independientes ni externas sistemáticas. El monitoreo se limita a actuaciones reactivas derivadas de requerimientos de entes de control. Deficiente gestión de riesgos dado que no se evidenció: Evaluación periódica de procesos. Determinación de niveles de riesgo. Integración del riesgo como insumo para el monitoreo institucional. Falta de formalización en el reporte de deficiencias. No existen políticas o procedimientos que definan: A quién reportar las deficiencias de control interno, cómo documentarlas, cómo hacer seguimiento a las acciones correctivas. Debilidad en el seguimiento al plan de mejoramiento, suscrito ante la CGSC, el 28 de febrero de 2025, debido a que, no se evidenció:	
--	--	--	---	--	--	--

			funcionamiento de la segunda línea de defensa, debido a la ausencia de un monitoreo sistemático de los planes de mejoramiento, la gestión del riesgo, las deficiencias de control interno y los resultados de las evaluaciones internas y externas, lo que limita la capacidad institucional para evaluar la eficacia de los controles y generar alertas oportunas para la toma de decisiones. 4. La inexistencia de procedimientos y herramientas institucionales para consolidar, analizar y realizar seguimiento a las deficiencias de control interno, así como la limitada articulación entre el monitoreo, la gestión del riesgo y los comités institucionales, afectan la oportunidad y efectividad del proceso de mejora continua del Sistema de Control Interno. <u>Recomendaciones</u> 1. Fortalecer el rol de la segunda línea de defensa, estableciendo un procedimiento formal para el monitoreo periódico de los planes de mejoramiento, la gestión del riesgo, las deficiencias de control interno y los resultados de las evaluaciones internas y externas, con reportes periódicos a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). 2. Implementar herramientas institucionales de seguimiento, mediante la adopción de matrices que consoliden los planes de mejoramiento, las recomendaciones		Seguimiento sistemático. Evaluación de impacto. Cierre efectivo de acciones correctivas. No se evidenció análisis periódico de la información suministrada por los usuarios. El sistema PQRS no es utilizado como insumo para la mejora continua del Sistema de Control Interno. La limitada disponibilidad de recursos para conformar la planta directiva establecida en el Acuerdo No. 045 de 2025: Restringe la toma de decisiones estratégicas. Debilita el seguimiento y control de los planes institucionales.	
--	--	--	--	--	---	--

			de organismos de control, las deficiencias identificadas, los responsables, cronogramas, indicadores, niveles de avance y evidencias, facilitando el monitoreo y la toma de decisiones. 3. Formalizar el procedimiento para el reporte, análisis y seguimiento de las deficiencias del Sistema de Control Interno, definiendo responsabilidades, flujos de comunicación y mecanismos de articulación entre la primera, segunda y tercera línea de defensa, el CICCI y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 4. Fortalecer el monitoreo basado en riesgos, articulando el seguimiento de los planes de mejoramiento con la matriz institucional de riesgos y demás instrumentos de gestión, a fin de evaluar la eficacia de los controles y priorizar las acciones de mejora conforme al nivel de exposición al riesgo. 5. Implementar mecanismos de análisis de la información institucional, incluyendo la proveniente de las PQRSD, auditorías, seguimientos y evaluaciones externas, con el propósito de identificar tendencias, causas recurrentes y oportunidades de mejora que apoyen la toma de decisiones y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.			
--	--	--	--	--	--	--