

**INFORME SEMESTRAL DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
DICIEMBRE**

SEGUNDO SEMESTRE, VIGENCIA 2025

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICA PROFESIONAL “INFOTEP”



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	3
ALCANCE.....	4
MARCO NORMATIVO.....	4
METODOLOGÍA.....	4
RESULTADOS EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	5
ANALISIS DE RESULTADOS.....	6
ANALISIS DEL COMPONENTE.....	7
ESTADO POR COMPONENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	8
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	17





1. INTRODUCCIÓN

El artículo 9 de la Ley 87 de 1993 establece que la Oficina de Control Interno es un componente del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, cuya función principal es medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles institucionales, así como asesorar a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes y la implementación de los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos. En este sentido, la Oficina de Control Interno tiene como propósito fundamental articular acciones, mecanismos, procedimientos e instrumentos que permitan consolidar una herramienta de evaluación integral, orientada al fortalecimiento de la función administrativa y al logro de los objetivos y metas institucionales, reconociéndose como parte esencial de la estructura organizacional.

Fechas de corte fechas de publicación:

- 1 de enero a 30 junio de cada vigencia 30 de julio de cada vigencia
- 1 de julio a 31 de diciembre de cada vigencia 31 de enero de la siguiente vigencia

La Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces en el Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional – INFOTEP, presenta en este documento los resultados del autodiagnóstico diligenciado a través de la herramienta y el formato establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Este ejercicio se realizó utilizando el **Formato Informe Sistema de Control Interno Parametrizado**, el cual corresponde al informe que anteriormente se denominaba *Informe Pormenorizado de Control Interno* y que, en la actualidad, recibe el nombre de **Informe Semestral de Evaluación del Sistema de Control Interno**. Dicho informe debe elaborarse siguiendo los lineamientos definidos por la Función Pública y publicarse en la página web institucional en las fechas estipuladas.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo general establecido por la Función Pública para el desarrollo de esta evaluación es: “Adelantar un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

Objetivos Específicos

Autoevaluar el sistema de control interno institucional de Instituto Nacional De Formación Técnica Profesional “INFOTEP”

Identificar a través de la evaluación de los cinco (5) componentes del MECI la efectividad de los controles a los riesgos de la institución.





3. ALCANCE

El ejercicio del **Informe Semestral de Evaluación del Sistema de Control Interno** presentado en este informe corresponde al periodo julio - diciembre segundo (II) semestre de 2025. Mediante la aplicación de la herramienta suministrada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el propósito de identificar Fortalezas y Debilidades y Oportunidades de Mejora en las dimensiones que componen el Sistema de Control Interno.

4. MARCO NORMATIVO

Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”, determinó lo siguiente:

Artículo 156. Reportes del responsable de control interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así:

“...El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

Circular Externa No. 100 – 006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Lineamientos generales para el informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno – Decreto 2106 de 2019.

5. METODOLOGIA

Para el presente informe, resume los resultados generales, establecidos en la hoja de conclusiones del formato en Excel suministrado por el DAFP, en el cual se aplica un formulario que contiene lineamientos para cada componente evaluado así.

<p>Evaluación "si se encuentra Presente" Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta. De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones: 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento. 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento. Nota: Entendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).</p>
--	---





<p>Evaluación "si se encuentra Funcionando"</p>	<p>Seleccionar de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así:</p> <ol style="list-style-type: none">1- El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)2- El control opera como está diseñado pero con algunas falencias3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.
---	--

La Oficina de Control Interno desarrolló los cuestionarios mediante la verificación de las acciones desarrolladas en el marco del Sistema de Control Interno, su institucionalidad, así como la responsabilidad de la alta dirección en cuando a su mejora y sostenibilidad.

6. RESULTADOS

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno, definido como la **séptima (7) dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, se estructura en cinco (5) componentes, tal como se presenta en el gráfico elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, este informe muestra el nivel de avance en la implementación de la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG - Control Interno, de acuerdo con la estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, para cada uno de sus componentes:

- (i) Ambiente de Control,
- (ii) Administración del Riesgo,
- (iii) Actividades de Control,
- (iv) Información y Comunicación
- (v) Actividades de Monitoreo

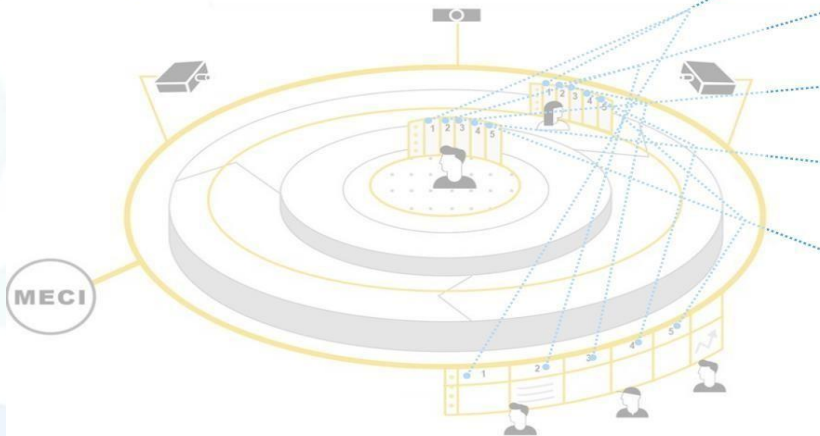




Función Pública **Componentes MECI**



DIMENSIÓN 7
Control Interno



1 Ambiente Control: Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno

2 Evaluación del Riesgo: Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización

3 Actividades de Control: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos

4 Información y Comunicación: Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para adecuada operación en la entidad

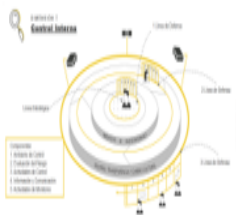
5 Actividades de Monitoreo: Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente

7. ANALISIS DE RESULTADOS

Aplicado el instrumento evaluador a las dimensiones del control interno de la Institución Nacional de Formación Técnica Profesional “INFOTEP” en el segundo semestre 2025, el resultado es el siguiente:

7.1 Calificación general

Nombre de la Entidad:	INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION TECNICA PROFESIONAL INFOTEP
Periodo Evaluado:	EST SCI JULIO A DICIEMBRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

99%





7.2 Preguntas Generales

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Sí	A la fecha del presente informe de evaluación del Sistema de Control Interno, correspondiente al 31 de Diciembre de 2025, y con base en la evaluación independiente realizada por el profesional de Control Interno o quien haga sus veces, se concluye que los componentes del Sistema Único de Gestión Institucional (MIG) presentan un avance significativo, alcanzando un 99,00 %. Este resultado corresponde a un nivel alto de madurez y desempeño, lo cual constituye un logro relevante para la institución y sus procesos, motivándolos a continuar trabajando de manera articulada para fortalecer la calidad en la prestación del servicio académico y garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	De conformidad con el concepto emitido por la Oficina de Control Interno, y tras el análisis de los cinco componentes del sistema, la revisión de los interrogantes, las actividades de seguimiento y las consultas realizadas a los líderes de proceso, se concluye que, con corte al 31 de diciembre de 2025, el Sistema de Control Interno presenta un nivel de efectividad adecuado. Asimismo, con el respaldo del Representante Legal y la participación de los líderes y equipos de proceso, se promueve la mejora continua orientada a fortalecer el desempeño institucional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos. En relación con el desarrollo de las políticas de gestión y desempeño del MIG, se evidencia que estas se encuentran implementadas y en operación, con controles adecuados que han permitido prevenir la materialización de los riesgos. De igual forma, se mantiene la efectividad en el seguimiento a la gestión del riesgo desde la tercera línea de defensa, contribuyendo al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
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 (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	La institución cuenta con el esquema de Líneas de Defensa implementado a nivel estratégico, que comprende la Primera, Segunda y Tercera línea de defensa, a través del cual se ha alcanzado avances significativos en aspectos del sistema de control interno y desde cada línea en su rol. En este marco, la segunda línea de defensa realiza el monitoreo permanente de los riesgos de gestión y de corrupción, mientras que la tercera línea de defensa da cumplimiento a las evaluaciones, seguimientos y auditorías planificadas, durante la vigencia.

Aplicando la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se ha obtenido una calificación general del 99%, la cual se ve reflejada de cada uno de los componentes.

8. ANALISIS DEL COMPONENTE

Comparativo Nivel de cumplimiento de los componentes del MECI por semestres, vigencias 2025

Componentes del MECI	1er Sem 2025	2er Sem 2025	comparativo 2025
Ambiente de control	97%	100%	↑
Evaluación de riesgos	100%	100%	→
Actividades de control	100%	100%	→
Información y comunicación	96%	96%	→
Actividades de Monitoreo	96%	100%	↑

Fuente: Oficina de Control Interno

En términos generales se observó que la entidad cuenta con todos los componentes operando y con un sistema de control interno para el cumplimiento de los objetivos, así como la institucionalidad conformada para dar cumplimiento los requisitos del mismo.

De lo anterior, se puede evidenciar que Dos (2) de los cinco (5) componentes del MECI aumento el porcentaje de nivel de cumplimiento en comparación con el primer semestre de la misma vigencia 2025 y Tres (3) se mantuvieron igual.

A continuación, se presenta el resultado por cada Sistema componente, el cual contienen las fortalezas y debilidades observadas, para el caso de las primeras se relacionan con el fin de que se encaminen los esfuerzos a su mantenimiento y mejora.





El resultado por componentes se muestra en la siguiente tabla comparativa con el resultado obtenido en el Segundo semestre 2025:

9. ESTADO POR COMPONENTES DE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEMESTRE			PRIMER SEMESTRE			
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	100%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>en seguimiento y fortalecimiento con el código de integridad se han evidenciado un mayor nivel en la realización de campañas publicitarias Mayor divulgación y socialización del Código de Integridad.</p> <p>Uso de estrategias comunicativas efectivas (e-cards informativos).</p> <p>Compromiso institucional con la mejora continua del Código.</p> <p>Interiorización del Código por parte de los funcionarios.</p> <p>El avance significativo en la aprobación de las políticas definidas como requisitos del MIPG evidencia el compromiso institucional con la implementación del modelo, el fortalecimiento de la gestión pública y el cumplimiento de los lineamientos normativos establecidos.</p> <p>La aprobación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), conforme a los nuevos lineamientos de Presidencia, así como la actualización del Programa de Gestión Documental, reflejan el fortalecimiento de la transparencia, la ética institucional y la adecuada gestión de la información, en coherencia con los lineamientos del MIPG y la normatividad vigente</p> <p>El progreso relevante en la ejecución del Plan de Gestión Documental, apoyado en la contratación externa especializada, evidencia una gestión proactiva y técnica orientada al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación y de los documentos mínimos exigidos por el MIPG, fortaleciendo la organización, control y cumplimiento normativo de la entidad</p> <p>La aprobación formal de la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano y la designación de un líder responsable garantizan una dirección clara, una adecuada implementación y un seguimiento efectivo de la política, fortaleciendo la gestión del talento humano y su articulación con los objetivos institucionales.</p> <p>El seguimiento permanente a las PQRSD evidencia el cumplimiento efectivo de la Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortaleciendo los mecanismos de control, la rendición de cuentas y la confianza de la ciudadanía en la gestión institucional</p> <p>la institución cuenta con un Código de Integridad y continúa avanzando en la mejora del Mapa de Riesgos Institucional, con el propósito de consolidarlo como un instrumento efectivo para la gestión, así mismo con la aprobación del programa PTEP con capacitaciones para su socialización de Gestión de Riesgo/ redes de articulación, cultura de legalidad y estado abierto</p>	97%	<p>El Código de Integridad fue adoptado mediante acto administrativo, evidenciándose en la vigencia anterior actividades orientadas a la interiorización de sus principios y valores.</p> <p>La Institución ha mostrado un avance significativo en la aprobación de las políticas definidas como requisitos del MIPG, las cuales han sido formalmente aprobadas a través del Consejo Directivo.</p> <p>Se registra un progreso relevante en la ejecución del Plan de Gestión Documental, especialmente en lo relacionado con la contratación externa de apoyo para la construcción de los entregables definidos en el plan de mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación, así como en la elaboración de otros documentos mínimos requeridos para el cumplimiento de los lineamientos del MIPG.</p> <p>Se evidenció la realización de reunión del Comité Coordinador de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de articulación y seguimiento.</p> <p>Con corte al 30 de junio de 2025, la Política de Control Interno se encuentra debidamente aprobada, constituyéndose en un instrumento fundamental para la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno, la cual se encuentra actualmente en fase de ejecución.</p> <p>De igual manera, la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano se encuentra debidamente aprobada, contando con un líder formalmente designado como responsable del área, lo que garantiza la dirección, implementación y seguimiento de dicha política en el marco de la gestión institucional</p> <p>Se evidencian procesos de comunicación institucional respecto de las políticas y lineamientos en materia de responsabilidad de los servidores públicos, definidos en los manuales de funciones, procesos y procedimientos.</p> <p>Asimismo, se consolidan informes de gestión de los procesos y del personal de apoyo, los cuales siguen siendo presentados al Consejo Directivo para la adopción de correctivos y ajustes orientados al cumplimiento de metas y objetivos.</p> <p>Finalmente, la Institución cuenta con planes estratégicos, planes de acción y planes de mejoramiento debidamente aprobados por los órganos competentes, lo que evidencia el compromiso institucional con la planeación, la gestión y la mejora continua.</p> <p>En el marco del seguimiento al Programa de</p>	3%





		<p>e iniciativas adicionales</p> <p>Se evidencian procesos de comunicación institucional respecto de las políticas y lineamientos en materia de responsabilidad de los servidores públicos, definidos en los manuales de funciones, procesos y procedimientos.</p> <p>Aprobado por el comité de conocimiento el Programa de transparencia y Ética Pública PTEP 2025 y creación en la página web de la institución.</p> <p>En el marco del seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), anteriormente denominado Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como en la revisión de los riesgos de gestión incorporados en el mapa de riesgos institucional, se evidenció que este instrumento está siendo utilizado de manera más efectiva por los procesos como herramienta de gestión. Asimismo, se observa el cumplimiento de los seguimientos correspondientes y la aprobación formal del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), lo que fortalece la articulación entre la gestión del riesgo, la transparencia y la rendición de cuentas.</p> <p>En el proceso de implementación de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación, el área de Talento Humano será la responsable de liderar los asuntos que correspondan a su ámbito de competencia, fortaleciendo la gobernanza institucional. Asimismo, esta asignación de responsabilidades permite alinear la política con la estructura organizacional, lo que facilita la toma de decisiones, el seguimiento y el control de las acciones establecidas.</p> <p>los proceso y reportes (trimestral, semestral y anuales) del avance en la gestión han mostrado avances para el cumplimiento de metas y objetivos.</p> <p>El Plan Institucional de Capacitación (PIC) continúa consolidándose como una herramienta clave para el desarrollo de talento humano, al fortalecer los procesos de formación y el crecimiento institucional. Este PIC promueve avances continuos en el cumplimiento de las metas, reflejando un compromiso permanente con mejora continua y el fortalecimiento de las capacidades del personal, orientadas al logro de los objetivos estratégicos de la institución.</p> <p>Durante el segundo semestre se evidenciaron ejecuciones por parte del área de Talento Humano, relacionadas con actividades de reconocimiento, como la iniciativa Embajadores de la Integridad, así como otras acciones enmarcadas en la promoción, fortalecimiento y apropiación de los principios de integridad interior de la institución</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Para la vigencia con corte al 31 de diciembre de 2025 segundo semestre , se sigue sin se evidenciar la ejecución de actividades de socialización, inducción o reintroducción dirigidas a los líderes y participantes de los procesos, orientadas a resaltar la importancia de la aplicación del Código de Integridad como herramienta fundamental para el que hacer institucional,</p> <p>teniendo en cuenta los procesos presupuestales y contables carecen de identificación de riesgos de gestión y de corrupción, tampoco se encuentran integrados dentro del proceso de Gestión Legal y</p>		<p>Transparencia y Ética Pública (PTEP), anteriormente denominado Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como en la revisión de los riesgos de gestión incorporados en el mapa de riesgos institucional, se evidenció que este instrumento está siendo utilizado de manera más efectiva por los procesos como herramienta de gestión. Asimismo, se observa el cumplimiento de los seguimientos correspondientes y la aprobación formal del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), lo que fortalece la articulación entre la gestión del riesgo, la transparencia y la rendición de cuentas.</p> <p>Plan Institucional de Capacitación (PIC) debidamente aprobado e implementado, fortaleciendo las competencias del área de talento humano.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Para la vigencia con corte al 30 de junio de 2025 primer semestre , no se evidenció la ejecución de actividades de socialización, inducción o reintroducción dirigidas a los líderes y participantes de los procesos, orientadas a resaltar la importancia de la aplicación del Código de Integridad como herramienta fundamental para el que hacer institucional.</p> <p>El trámite de aprobación de las políticas institucionales por parte del Consejo Directivo, aunque ha presentado avances, se ha visto limitado por la disponibilidad de tiempo en las agendas de las sesiones, lo cual ocasiona aplazamientos en la aprobación de dichas políticas.</p> <p>teniendo en cuenta los procesos presupuestales y contables carecen de identificación de riesgos de gestión y de corrupción, tampoco se encuentran integrados dentro del proceso madre de Gestión Legal y Administrativa.</p> <p>Si bien se evidenció la realización de una reunión del Comité Coordinador de Control Interno, se sigue identificando la necesidad de fortalecer su dinámica mediante la definición de un cronograma de sesiones y el cumplimiento estricto del mismo, con el fin de avanzar en los temas establecidos dentro del MIPG y garantizar el rol articulador del comité.</p> <p>Aunque el Plan de Auditoría fue aprobado a través del Comité Coordinador de Control Interno para esta vigencia 2025, se requiere establecer mas mecanismos de control y seguimiento desde el mismo comité para verificar su adecuada ejecución y el cumplimiento de las acciones programadas</p> <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <p>Durante el periodo de evaluación se evidenció el cumplimiento en la adopción e implementación de la Política de Administración de Riesgos, conforme a la guía definida por el DAFP, así mismo la nueva adopción del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP.</p>
--	--	---	--	---





			<p>Administrativa.</p> <p>Si bien se evidenció la realización de una reunión del Comité Coordinador de Control Interno 2025, se sigue identificando la necesidad de fortalecer su dinámica mediante la definición de un cronograma de sesiones y el cumplimiento estricto del mismo, con el fin de avanzar en los temas establecidos dentro del MIPG y garantizar el rol articulador del comité.</p> <p>Aunque el Plan de Auditoría fue aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno para la vigencia 2025, se hace necesario fortalecer y establecer mayores mecanismos de control y seguimiento que permitan evidenciar y cerrar las brechas existentes entre la aprobación del plan y su efectiva ejecución. Asimismo, se requiere definir acciones de monitoreo periódico por parte del comité, incluyendo la periodicidad del seguimiento, con el fin de prevenir incumplimientos y asegurar la ejecución oportuna de las acciones programadas</p> <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <p>Durante el periodo de evaluación se evidenció y socializó el cumplimiento en la adopción e implementación de la Política de Administración de Riesgos y de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, abarcando las etapas de identificación de riesgos, análisis y valoración, definición de tratamientos, así como las actividades de monitoreo y seguimiento. Asimismo, se llevó a cabo la adopción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), fortaleciendo los principios de integridad, transparencia y gestión responsable en la institución</p> <p>Asimismo, se articula con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), fortaleciendo el rol del control interno como herramienta estratégica para la toma de decisiones informadas y la mejora continua de la gestión institucional.</p>			
Evaluación de riesgos	Si	100%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>la política institucional continúa promoviendo una cultura de planeación estructurada y sistemática, orientada a la elaboración, el seguimiento y la gestión de planes, programas y proyectos. Asimismo, incorpora la participación activa de los diferentes grupos de interés contratistas, docentes y administrativos de planta, fortaleciendo compromiso institucional, y asegurando la coherencia con la misión y la visión, al alinear la planeación con los objetivos estratégicos de largo plazo</p> <p>Se evidencia un avance significativo en la articulación del Plan Estratégico y los planes de</p>	100%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La institución cuenta con una Política de Planeación Institucional formalmente definida.</p> <p>Se evidencia un avance significativo en la articulación del Plan Estratégico y los planes de acción con los objetivos estratégicos sectoriales y los objetivos operativos. Este proceso se refleja en la participación activa en mesas sectoriales, en la definición de las líneas de acción para el cuatrienio lideradas por la Rectoría y el equipo de Planeación, con el apoyo de los diferentes procesos institucionales.</p> <p>La institución tiene establecidos sus procesos, planes y programas orientados al cumplimiento de la vigencia, con acciones diseñadas bajo criterios de medición, alcance, relevancia y temporalidad.</p> <p>La Alta Dirección dispone de un informe consolidado de seguimiento y evaluación, en el cual se verifica el cumplimiento de las metas definidas en cada proceso, de acuerdo con las estrategias institucionales adoptadas.</p>	0%





			<p>acción con los objetivos estratégicos sectoriales y los objetivos operativos. Este proceso se refleja en la participación activa en mesas sectoriales, en la definición de las líneas de acción para el cuatrienio lideradas por la Rectoría y el equipo de Planeación, con el apoyo de los diferentes procesos institucionales.</p> <p>La institución tiene definidos y formalizados sus procesos, planes y programas orientados al cumplimiento de los objetivos de la vigencia, con acciones formuladas bajo criterios técnicos de planeación como la medición, el alcance, la relevancia y la temporalidad, lo que permite contar con acciones claras, estructuradas y evaluables. Asimismo, dispone de baterías de indicadores que facilitan la evaluación del desempeño y el seguimiento de los avances, mediante la medición del cumplimiento de metas, el alcance de resultados y el logro de los objetivos establecidos.</p> <p>La integración del Control Interno en los procesos de gestión institucional permite conocer el avance real de las actividades, mediante el reporte oportuno y sistemático de información en el marco de la planeación institucional. Esta articulación fortalece el seguimiento y la evaluación de la gestión, promueve la transparencia y el control, y garantiza la trazabilidad de las acciones ejecutadas frente a lo planeado.</p> <p>La Alta Dirección dispone de un informe consolidado de seguimiento y evaluación, en el cual se verifica el cumplimiento de las metas definidas en cada proceso, de acuerdo con las estrategias institucionales adoptadas.</p> <p>Desde la Oficina de Control Interno (OCI) se constata un alto nivel de avance y cumplimiento normativo, evidenciado la entrega oportuna de los informes de ley. Esta gestión refleja una organización responsable y sistemática frente a los requerimientos legales, y fortalece la transparencia institucional al garantizar la adecuada rendición de cuentas y la disponibilidad de información oficial.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Aunque el líder de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, evidenció mediante el seguimiento realizado que los riesgos identificados no se materializaron, se observa una baja apropiación de la gestión del riesgo por parte de la Alta Dirección. No se evidencia un seguimiento sistemático ni un monitoreo continuo de los riesgos por parte de los procesos, lo que limita su utilización como herramienta de apoyo para la gestión y la toma de decisiones. En consecuencia, se identifica una debilidad en el ciclo de gestión del riesgo, al no cerrarse de manera efectiva las etapas de análisis, evaluación y retroalimentación directiva, ni revisarse o valorarse los resultados del análisis por parte de la Alta Dirección.</p>		<p>Asimismo, se evidenció la adopción de la Política de Administración de Riesgos y se constata un alto nivel de avance y cumplimiento en la entrega de los informes de ley en materia de control interno.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Aunque el líder de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, evidenció a través del seguimiento realizado que los riesgos identificados no se materializaron, se observa que los resultados de dicho análisis no son revisados ni valorados por la Alta Dirección.</p> <p>No se evidencia un seguimiento sistemático ni monitoreo de riesgos por parte de los procesos, lo que limita su utilización como herramienta de apoyo para la gestión y la toma de decisiones.</p> <p>Si bien la institución cuenta con una Política de Administración de Riesgos y dispone de una matriz de riesgos publicada en la página de la institución, no se evidencia su adopción efectiva como instrumento de gestión para fortalecer la administración de riesgos en los procesos institucionales.</p>





<p>Actividades de control</p>	<p>Si</p>	<p>100%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La Alta Dirección ha definido como ruta estratégica para el logro de la calidad la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual se consolida como el único sistema de gestión de la entidad. Este modelo integra, bajo un marco articulado y común, el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y los demás sistemas de gestión existentes, evitando la duplicidad de esfuerzos y optimizando el uso de los recursos. Asimismo, fortalece la eficiencia, el control y la mejora continua de los procesos institucionales, alineándolos con los objetivos estratégicos de la entidad.</p> <p>Adoptar el MIPG como eje único de gestión. Articulación de los sistemas de gestión (SGC, MECI y otros), Optimiza el uso de recursos y fortalece la eficiencia, el control y la mejora continua, alineando los procesos con los objetivos estratégicos institucionales</p> <p>Se evidencia un alto nivel de cumplimiento en la adecuada división y segregación de funciones, mediante la asignación clara de responsabilidades a las diferentes personas que participan y apoyan la ejecución de los procesos institucionales, lo que contribuye al fortalecimiento del control interno..</p> <p>Se evidencia una planeación y control en la contratación institucional y claridad en la asignación de responsabilidades con base en las necesidades reportadas en el Plan Anual de Contratación, se identificaron y definieron medidas de control orientadas a atender de manera específica y oportuna las necesidades detectadas.</p> <p>planificación institucional estructurada</p> <p>Se evidencia la realización de reuniones para la definición de necesidades en materia de tecnología, bienestar así como el desarrollo de actividades de control y seguimiento por parte del Comité de Contratación y del supervisor designado, las cuales se complementan con mecanismos de control establecidos para el ingreso y registro de bienes en el almacén.</p> <p>la institución en gestión del Riesgo y Calidad cuenta con una matriz de riesgos asociada a los procesos de tecnología lo que fortalece la gestión preventiva y dispone de un responsable o líder del Sistema de la Calidad Institucional, lo que fortalece la gestión, el control y la mejora continua.</p> <p>Se pudo constatar que la Política de Seguridad Digital se encuentra debidamente aprobada lo que aporta al cumplimiento normativo y una implementación progresiva y controles establecidos.</p> <p>Se evidencia un proceso de mejora continua mediante la ejecución del Plan de Trabajo definido en la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, el cual incorpora aspectos relacionados con la definición y actualización de las matrices de roles y usuarios</p> <p>Se constatan mecanismos de control adecuados en el proceso de evaluación periódica, ajustados a las necesidades de los diferentes procesos institucionales, así como la actualización permanente de los instrumentos de gestión procesos, políticas, instructivos y manuales en atención a los cambios normativos.</p> <p>En gestión de riesgo institucional se estableció que, dado que los riesgos identificados no se han materializado, a la fecha la institución no ha estado expuesta a situaciones que comprometan</p>	<p>100%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>Se cumple a alto nivel la adecuada división y segregación de funciones, asignando responsabilidades a diferentes personas que participan y apoyan cada uno de los procesos institucionales.</p> <p>Dentro de la planificación institucional y en relación con las necesidades reportadas en el Plan de Contratación, se identificaron las medidas de control propuestas para atender de manera específica las necesidades detectadas.</p> <p>Se evidencia la realización de reuniones para la definición de necesidades en materia de tecnología, así como el desarrollo de actividades de control y seguimiento por parte del Comité de Contratación y del supervisor asignado, complementadas con mecanismos de control al ingreso de bienes a almacén.</p> <p>La institución dispone de una matriz de riesgos de tecnología y cuenta con un responsable o líder del Sistema de Gestión de Calidad Institucional.</p> <p>Se pudo constatar que la Política de Seguridad Digital se encuentra en implementación y aprobada.</p> <p>se evidencia el mejoramiento con el Plan de Trabajo definido en la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos que incluya aspectos relacionados con las matrices de roles y usuarios.</p> <p>Se constatan mecanismos de control adecuados en el proceso de evaluación periódica, adaptados a las necesidades de los procesos, así como la actualización de los instrumentos de gestión (procesos, políticas, instructivos, manuales, entre otros) conforme a cambios normativos.</p> <p>Asimismo, se estableció que, dado que los riesgos identificados no se han materializado, a la fecha la institución no ha estado expuesta a situaciones que comprometan el cumplimiento de sus objetivos institucionales.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>No obstante, se ha evidenciado avance en la adecuación de los controles al interior de la institución, mediante la implementación de planes de mejoramiento derivados de auditorías realizadas al cierre del año 2024.</p>
-------------------------------	-----------	-------------	--	-------------	---





			<p>el logro de sus objetivos institucionales.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>No obstante, se ha evidenciado avance en la adecuación de los controles al interior de la institución, mediante la implementación de planes de mejoramiento derivados de auditorías realizadas al cierre del año 2025.</p>			
Información y comunicación	Si	96%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La institución cuenta con sistemas de información en ejecución para las áreas académica y administrativa, los cuales permiten el reporte y la gestión de notas a través de la plataforma Adviser 12, así como la generación de informes periódicos desde el área financiera. Estos sistemas también facilitan el acceso y uso de la información por parte de directivos, docentes y demás actores institucionales, fortaleciendo la toma de decisiones y el control de la gestión.</p> <p>El área presupuestal, contable y financiera de la institución garantiza el cumplimiento de la normativa vigente mediante la generación de reportes confiables y oportunos, en conformidad con los requerimientos establecidos por las entidades de control y regulación. Esta gestión fortalece la supervisión y la transparencia institucional, y asegura la adecuada atención de las obligaciones de reporte externo.</p> <p>Como base para la determinación de las necesidades de información, la institución realiza un análisis sistemático de fuentes internas y externas, bajo un enfoque analítico y</p>	96%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La entidad ha desarrollado sistemas de información para la adquisición, captura y procesamiento de datos, dirigidos tanto a la prestación del servicio académico como a la gestión de información financiera y contable de carácter público.</p> <p>La institución mantiene cumplimiento con lo establecido en la Ley 1712 de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como con las normas complementarias relacionadas con la política de transparencia.</p> <p>Se cuenta con una Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuya implementación presenta avances significativos orientados al logro de las metas y objetivos institucionales.</p> <p>La Alta Dirección dispone de mecanismos idóneos para comunicar los objetivos y metas estratégicas, garantizando que todos los líderes de proceso y participantes conozcan, comprendan y se apropien de su contenido.</p> <p>La institución evidencia avances a alto nivel</p>	0%





		<p>estructurado que orienta la toma de decisiones. Este análisis integra diferentes dimensiones de la gestión institucional, tales como el clima organizacional, la gestión del conocimiento e innovación y el aseguramiento de la calidad (SIAC). Asimismo, estos insumos constituyen el soporte principal para la definición de metas y objetivos por áreas.</p> <p>La institución demuestra cumplimiento formal y normativo al contar con el Plan de Desarrollo 2024–2027 aprobado, así como con los Planes de Acción y Sectoriales debidamente adoptados, reflejando un compromiso con la transparencia y la participación, al disponerse evidencias de socialización de los planes, programas y proyectos. Asimismo, garantiza el seguimiento y la rendición de cuentas, asegurando que los planes sean conocidos por los diferentes actores institucionales y que la planeación y ejecución de las acciones respondan de manera coherente a los objetivos estratégicos definidos.</p> <p>La institución cuenta con canales internos de información debidamente habilitados y adecuados para la recepción de denuncias por parte de la ciudadanía, los cuales permiten la radicación de reportes de manera anónima o confidencial, mecanismos que garantizan la reserva de la identidad del denunciante, fortalecen la transparencia y la prevención de irregularidades, aseguran el trámite oportuno y el seguimiento adecuado de las denuncias y reportes recibidos, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los principios de control y transparencia institucional.</p> <p>los procesos de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades (PQRSDF) se gestionan a través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC), el cual opera de manera virtual y facilita la radicación, el seguimiento y la respuesta oportuna, garantizando una atención ágil, eficiente y transparente</p> <p>La institución cumple con lo establecido en la Ley 1712 de Transparencia y Acceso a la Información Pública y con las normas complementarias asociadas a la política de transparencia. se cuenta con una Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuya implementación evidencia avances significativos, orientados al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales</p> <p>Plan Estratégico de Comunicaciones que fortalece la imagen de la institución, la cultura interna, comunicación bidireccional y la relación con los públicos de interés ofreciendo una oportunidad de mejora continua y medición de rendimientos.</p> <p>La institución evidencia avances a alto nivel en la adopción de las políticas definidas y exigidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Se avanzó desde las áreas misionales y administrativas en la caracterización de usuarios o grupos de valor institucionales, logrando un proceso consolidado. Entre los procesos, el de Bienestar Universitario es el que presenta mayor evidencia documental y avance en la consolidación de esta caracterización</p> <p>ya existen estrategias, planes en pro enfocados a la comunicaciones la efectividad de los canales de comunicación con partes externas internas de la institución</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Los procesos de PQRSDF se gestionan a través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC); sin embargo no se hacen encuesta permanente en los registros y canales de gestión)</p>	<p>en la adopción de las políticas definidas y exigidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>estamos en nivel medio de efectividad de los canales de comunicación con partes externas.</p> <p>Se avanzó desde las áreas misionales y administrativas en la caracterización de usuarios o grupos de valor institucionales, logrando un proceso consolidado. Entre los procesos, el de Bienestar Universitario es el que presenta mayor evidencia documental y avance en la consolidación de esta caracterización</p> <p>Adicionalmente, se cuentan con instrucciones y lineamientos claros para la gestión de las comunicaciones internas y externas, fortaleciendo la coherencia institucional y asegurando la transparencia y calidad de la información.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>Los procesos de PQRS se gestionan a través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC); sin embargo, se ha identificado que el sistema presenta fallas recurrentes que afectan su disponibilidad. Cabe destacar que se trata de un software en préstamo, de propiedad del Ministerio de Educación Nacional (MEN), que es utilizado por los líderes de los procesos para la gestión de PQRS y la generación de informes.</p> <p>No se han implementado procesos idóneos para el trámite y gestión de denuncias verbales al interior de la institución.</p> <p>Actualmente, no se dispone de procesos o procedimientos que permitan evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas.</p> <p>Al consultar a las áreas responsables, se estableció que no se realizaron evaluaciones al cierre de diciembre de 2024 sobre la percepción de los usuarios o grupos de valor, lo cual impide contar con insumos confiables para la incorporación de mejoras en los procesos de atención.</p>
--	--	--	--





			<p>ser más consecuentes con la evaluación y percepción del grupo de valor con referente con los canales donde comunicación.</p> <p>Al consultar en algunas áreas responsables, se estableció que no se realizaron evaluaciones al cierre de diciembre de 2025 sobre la percepción de los usuarios o grupos de valor, lo cual impide contar con insumos confiables para la incorporación de mejoras en los procesos de atención.</p>			
Monitoreo	Si	100%	<p>FORTALEZA:</p> <p>La institución demuestra cumplimiento normativo y formalidad institucional al contar con la adopción de la Política de Control Interno y garantizar la planificación y el control mediante la aprobación del Plan de Auditoría de control interno. Asimismo, asegura una comunicación efectiva de los resultados generados por la Oficina de Control Interno (OCI), al informar de manera oportuna a la Alta Dirección y a los procesos involucrados sobre los informes de ley, los seguimientos y las evaluaciones realizadas, fortaleciendo la retroalimentación y la toma de decisiones</p> <p>La Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, realiza evaluaciones independientes periódicas, basadas en el Plan de Auditorías, Estas permiten valorar el diseño y la operación de los controles establecidos en los procesos, contemplados en el mapa de riesgos, los procedimientos y demás instrumentos adoptados por la institución.</p> <p>Los líderes de procesos y la Alta Dirección consolidan información para el monitoreo periódico de los planes institucionales, contribuyendo al seguimiento estratégico y al cumplimiento de metas.</p> <p>La institución ha sido objeto de auditorías ,evaluaciones y requerimientos independientes por organismos de control y vigilancia, como la Contraloría General de la República (CGR) y la Inspección y Vigilancia del MEN, las cuales han aportado significativamente al mejoramiento continuo y a la visión independiente de la gestión institucional. A la fecha, y hasta la presente vigencia, se continúa realizando el cargue del formulario del Plan de Mejoramiento requerido por la CGR, conforme a los lineamientos establecidos.</p> <p>INFOTEP adopta planes de mejoramiento conforme a las auditorías realizadas por entes externos de control, vigilancia y regulación, según corresponda. En cada proceso contractual, incluidos servicios y procesos tercerizados, se definen riesgos asociados a la contratación.</p> <p>Las líneas de defensa, en especial la Alta Dirección y el Representante Legal, validan los informes de avance sobre el cumplimiento de las acciones contempladas en los planes de mejoramiento.</p> <p>La institución cuenta con un Manual de Contratación debidamente adoptado, una matriz de riesgos del proceso de contratación y los informes periódicos de los supervisores de los contratos, así como con las actas del Comité de Contratación. Adicionalmente, durante la presente vigencia se realizó una auditoría al área de contratación, lo que fortalece el control, la transparencia y el seguimiento de la gestión contractual.</p> <p>La Oficina de Control Interno, en su rol como</p>	96%	<p>FORTALEZA:</p> <p>La institución cuenta con la adopción de la Política de Control Interno y con un Comité Coordinador de Control Interno conformado mediante resolución. Se cumple con la aprobación del Plan de Auditoría por parte del comité, garantizando el seguimiento formal de las acciones de control.</p> <p>Los informes de ley, seguimientos y evaluaciones realizados por la Oficina de Control Interno son comunicados a la Rectoría y a los procesos involucrados, asegurando la retroalimentación y el uso de la información para la toma de decisiones.</p> <p>La Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, cuenta con evidencia de la realización de evaluaciones independientes periódicas, basadas en el Plan de Auditorías, que incluyen informes de ley, seguimientos y evaluaciones. Estas actividades permiten evaluar el diseño y operación de los controles definidos en los procesos, el mapa de riesgos, procedimientos y demás instrumentos adoptados por la institución.</p> <p>Los líderes de procesos y la Alta Dirección consolidan información para el monitoreo periódico de los planes institucionales, contribuyendo al seguimiento estratégico y al cumplimiento de metas.</p> <p>La institución ha sido objeto de auditorías y evaluaciones independientes por organismos de control y vigilancia, como la Contraloría General de la República (CGR) y la Inspección y Vigilancia del MEN, las cuales han aportado significativamente al mejoramiento continuo y a la visión independiente de la gestión institucional.</p> <p>INFOTEP adopta planes de mejoramiento conforme a las auditorías realizadas por entes externos de control, vigilancia y regulación, según corresponda. En cada proceso contractual, incluidos servicios y procesos tercerizados, se definen riesgos asociados a la contratación.</p> <p>Las líneas de defensa, en especial la Alta Dirección y el Representante Legal, validan los informes de avance sobre el cumplimiento de las acciones contempladas en los planes de mejoramiento.</p> <p>Finalmente, la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, evalúa de manera independiente la efectividad de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, tanto de auditorías internas como de entes externos, asegurando la confiabilidad y mejora continua de la gestión institucional.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>La Alta Dirección recibe informes de avance sobre el Plan de Auditoría y su ejecución periódica en relación con cada uno de los informes de ley; sin embargo, no se dispone de un informe consolidado que refleje el</p>	4%





			<p>tercera línea de defensa, realiza evaluaciones independientes y objetivas sobre la efectividad de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, derivados tanto de auditorías internas como de las auditorías realizadas por entes externos. Este ejercicio fortalece el sistema de control institucional, garantiza la objetividad en el análisis y contribuye a la mejora continua de la gestión, asegurando el cierre efectivo de las acciones correctivas y preventivas..</p> <p><u>DEBILIDADES:</u></p> <p>Aunque la Alta Dirección recibe informes periódicos sobre el avance y la ejecución del Plan de Auditoría y de los informes de ley, no se cuenta con un informe consolidado que integre y refleje de manera integral el estado global de avance del plan, lo cual limita una visión unificada para la toma de decisiones estratégicas</p>		<p>estado global de avance del plan.</p> <p>Si bien la institución cuenta con instrumentos y responsables para analizar y evaluar la información suministrada por los usuarios a través del sistema PQRS, este procedimiento se realiza de manera manual, lo que genera un alto nivel de riesgo y baja trazabilidad de la información.</p>	
--	--	--	--	--	--	--





10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se concluye que, al segundo semestre (II) de 2025, la Institución cuenta con un Sistema de Control Interno en un nivel adecuado de avance (99%), se tiene una institucionalidad establecida y operando.
- Se recomienda atender las debilidades identificadas, dado que del análisis de los resultados por temáticas específicas se concluye que estas se encuentran presentes y en funcionamiento; no obstante, requieren la implementación de acciones orientadas a fortalecer y optimizar su diseño y ejecución.
- Seguir fortaleciendo el sistema de control institucional en todos sus componentes, con el fin de mejorar en su totalidad el nivel de calificación.
- A pesar que se realiza la evaluación y autoevaluación independiente, es necesario implementar un plan de mejoramiento para seguir superando las debilidades del sistema.
- Se evidencia un incremento de dos (2) puntos porcentuales en comparación con el segundo semestre de 2025, resultado que refleja una mejora en el desempeño institucional desde la perspectiva del Sistema de Control Interno. Este avance debe asumirse como una oportunidad para continuar identificando y gestionando oportunamente las debilidades, fortalecer los componentes del sistema y consolidar la aplicación de controles que garanticen mayor efectividad y eficiencia en la gestión

ESMERALDA RODRIGUEZ MITCHELL
Contratista Apoyo Control Interno

Revisó
Andrés A. Meza Villareal / Vicerrector Administrativo/financiero

