

INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
CORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA

PRIMER SEMESTRE DE 2025

LUCAS ROLDAN VELEZ
JEFE DE CONTROL INTERNO

MEDELLIN, 31 DEL JULIO 2024

TABLA DE CONTENIDO

DESARROLLO.....	3
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2025-1.....	5
RESULTADOS EN EL FORMATO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DELESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNOCORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA PRIMER SEMESTRE 2025-1.....	7
CONCLUSION	13
1. ASPECTOS NEGATIVOS.....	13
2. OBSERVACIONES.....	14
Ambiente de Control	14
Evaluación de Riesgos.....	14
Actividades de Control.....	14
Información y Comunicación	15
Monitoreo.....	15
3. RIESGOS	15
4. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	16

DESARROLLO

En cumplimiento a lo dispuesto en el 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", en su Artículo 156, donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada 6 meses, en el sitio web de la entidad un "Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno" dado el proceso de implementación del MIPG, y según la Circular externa 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública, se presenta el Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno en la entidad.

El corte de la información es del 30 de JUNIO 2024.

Fase planeación general de la auditoría basada en riesgos: Verificar el grado de avance e implementación la evaluación independiente de control interno (pormenorizado) primer semestre vigencia 2024.

Fase de ejecución (desempeño del trabajo de auditoría): la fase de ejecución se realiza con la información de la entidad, basada en las recomendaciones, observaciones y hallazgos hechos por control interno.

Fase comunicación de resultados (informe de auditoría): esta fue informada en la carta de compromisos, es importante aclarar si existe observación o hallazgos, se contará con 1 semana (5 días hábiles) el área encargada, para realizar los descargos y validar por parte de control interno

Actividad	Fecha inicio
Reunión de Inicio de la Auditoria	1 DE JULIO 2025
Planeación	2 DE JULIO 2025 AL 5 DE JULIO 2025
Ejecución	8 DE JULIO 2025 AL 19 DE JULIO 2025
Socialización informe preliminar	22 DE JULIO 2025
Emisión de Informe Final	22 DE JULIO 2025
Entrega de Plan de Mejoramiento	22 DE JULIO 2025
Seguimiento Plan de Mejoramiento	10 DE SEPTIEMBRE 2025

Fase seguimiento del progreso se revisa primer semestre y de vuelve verificar en el segundo semestre.

Objetivo de la auditoría: evaluación Independiente de control interno.

Alcance de la auditoría: PMI hasta el 30 de JUNIO 2025

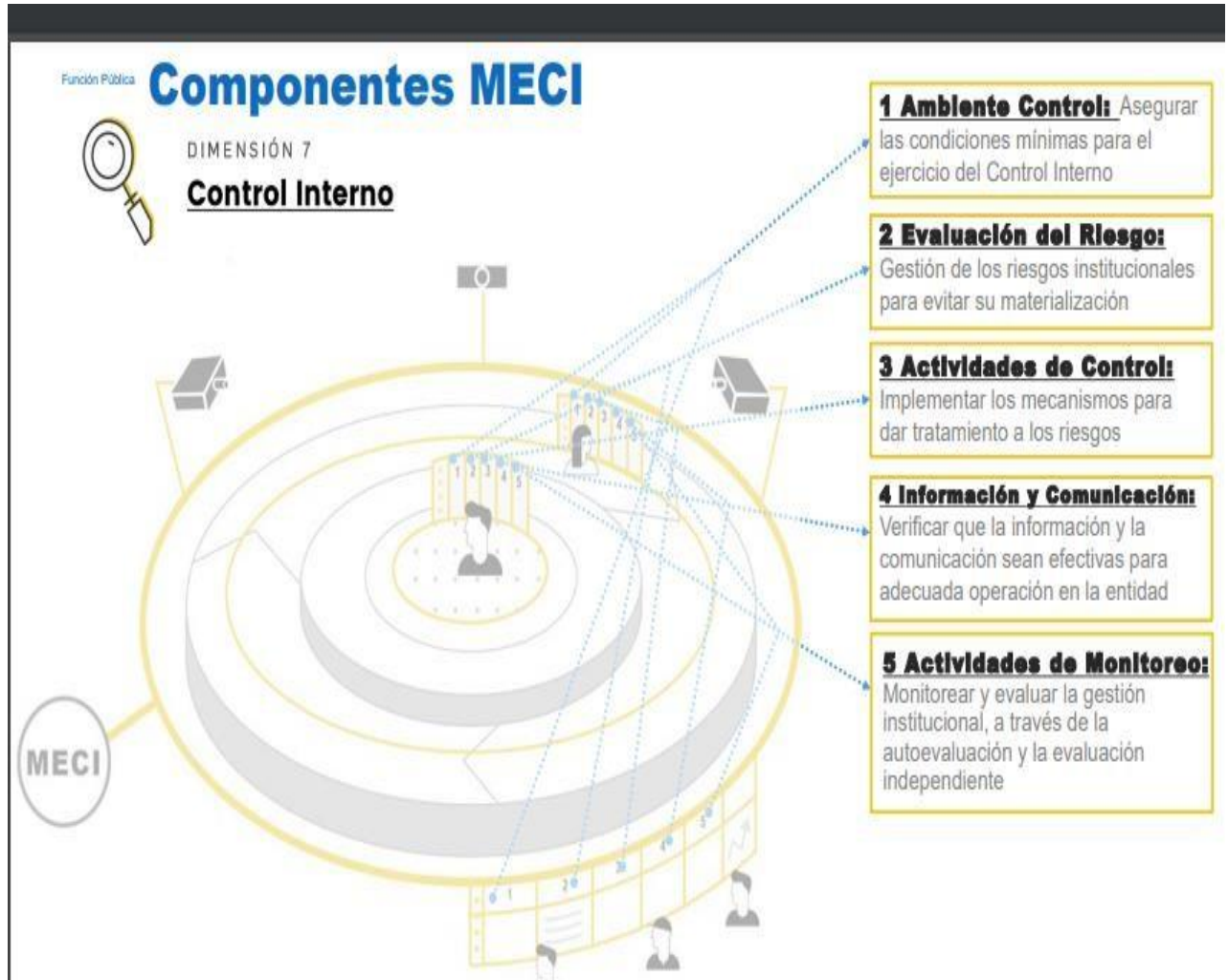
Consideraciones sobre recursos necesarios para el desarrollo de la auditoría: en esta auditoria solo se necesita informa que la entidad debe entregan a control interno por solicito vía correo electrónico.

Programa para el desarrollo de la auditoría: papeles de trabajo control interno

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2025-1

Para ello se realizó análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo estándar de control interno y su efectividad en relación con la estructura de control teniendo en cuenta cada una de las evidencias que reposan en carpeta compartida producto de los seguimientos realizados desde Subdirección administrativa /Componente Planeación como segunda línea de defensa

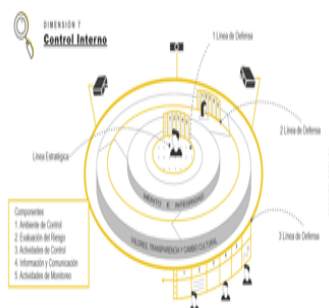
El análisis se realiza teniendo en cuenta los 5 componentes de control.



En la HOJA CONCLUSIONES se presenta el avance del Sistema de control interno y su comparación con el semestre 2023-2 al 2024-2, 2025-1 pasando del 95 %, 94% y 78%

RESULTADOS EN EL FORMATO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DELESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA PRIMER SEMESTRE 2025-1.

Nombre de la Entidad:	CORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA
Periodo Evaluado:	enero a junio 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

78%

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):	Si	Los 5 Componentes, Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de monitoreo, se encuentran presente y funcionando de manera integrada, no obstante se hace necesario realizar operaciones de fortalecimiento y mejora para su ejecución.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La Actividad de Control Interno se ejerce prestando los servicios de aseguramiento y consultoría con total independencia y objetividad, con el fin de agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, en el cumplimiento de los objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado en la evaluación y mejoramiento de los procesos de gestión de riesgos y control.
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):	Si	Se tienen definidos los roles y responsabilidades para una adecuada administración del riesgo, lo cual implica una participación activa de todas las instancias de la Corporación, tomando como referente su relación con las Líneas de Defensa establecidas en el Modelo estándar de Control Interno

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	70%	FORTALEZAS 1) Código de Integridad, aprobado, adoptado y socializado mediante Resolución 074 de 2019. 2) desarrollo del test de percepción de integridad. 3) Adopción de la Política de la Administración del Riesgo como marco general de actuación para el control y la administración de los riesgos Resolución 049/2020. 4) Creación del Comité de Dirección, como comisión de apoyo con el fin de proyectar a la Corporación hacia el logro de sus metas y consecución de objetivos y seguimiento a informes de auditorías de Control Interno Resolución 054/ 2020. 5) Seguimiento y monitoreo a los controles asociados a los riesgos. 6) Realización de análisis financiero en Comité Directivo, para posterior presentación ante Junta Directiva. 7) Conformación del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno en la Corporación y se adopta su respectivo Reglamento, Resolución 039/ 2020. 8) 2) Aprobar el Plan anual de Auditoría por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno. 9) Seguimiento a las responsabilidades de líneas de defensa. POR MEJORAR se debe actualizar al política de riesgos, el programas de transparencia se debe desarrollar, se debe resolver los informe de maneja mas rapica, no se puede volver a suceder que se entregan informes en blanco	81%	El estado del componente anterior corresponde a la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025. Se evidencia un deterioro significativo en comparación con el año 2024, principalmente como consecuencia del cambio en la dirección de la entidad. Igualmente, se ha detectado un retraso generalizado en la entrega de los informes, los cuales presentan impactos relevantes en materia de riesgos, algunos de los cuales han requerido traslado a los entes de control. Se observan deficiencias estructurales en la gestión institucional, especialmente en aspectos relacionados con el riesgo jurídico, la austeridad del gasto, y el cumplimiento de la ejecución física y financiera frente a las metas anuales. Adicionalmente, el ambiente de control se ha visto afectado por conflictos dentro del Comité de Convivencia, particularmente entre la Subdirección de Proyectos y la Jefe de Control Interno. Las actas del Comité Directivo son limitadas en contenido y no reflejan un seguimiento efectivo a la toma de decisiones. A la fecha, solo se ha realizado una sesión del CIDT y del CICI, lo cual refleja debilidades en el liderazgo institucional y en los mecanismos de control y planeación estratégica	-11%

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
Evaluación de riesgos	Si	81%	FORTALEZAS 1) Plan Estratégico 2015-2020 se cuenta con Objetivos Estratégicos y Objetivos Operativos y con el Plan de Acción institucional. 2) Se realiza auditoría de seguimiento al Plan de Acción Institucional. 3) Se validó la Resolución 049 de 14 de julio de 2020, por la cual se adopta la Política de Administración del Riesgo, adicionalmente se validó el documento Política Operación Riesgo SGI-PO-01. 4) Se realiza evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos incluidos los riesgos de corrupción en el Marco del Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía, a los controles asociados para la instauración del plan de mejoramiento institucional. 5) Se tiene definido en Manual de funciones para el desarrollo de las actividades de control. 6) Se ha realizado análisis de riesgos con resultados de auditoría, desde comité directivo, se ha realizado seguimiento permanente con la segunda línea de defensa, así mismo se ha socialización a línea de defensa 1, sobre MPG y la gestión por procesos. 7) se inició socialización en administración de riesgos, las líneas de defensa son más conscientes del tema de riesgos, se inició con caracterización de procesos. ACCIONES DE MEJORA. se debe actualizar la política de riesgos, el programa de transparencia se debe desarrollar que integra en mapa de riesgos y el PAAC	79%	El estado del componente anterior corresponde a la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025. Se evidencia un deterioro significativo en comparación con el año 2024, principalmente como consecuencia del cambio en la dirección de la entidad. Igualmente, se ha detectado un retraso generalizado en la entrega de los informes, los cuales presentan impactos relevantes en materia de riesgos, algunos de los cuales han requerido traslado a los entes de control. Se observan deficiencias estructurales en la gestión institucional, especialmente en aspectos relacionados con el riesgo jurídico, la austeridad del gasto, y el cumplimiento de la ejecución física y financiera frente a las metas anuales. Adicionalmente, la evaluación del riesgo se ha visto afectado por conflictos dentro del Comité de Convivencia, particularmente entre la Subdirección de Proyectos y la jefe de Control Interno. Las actas del Comité Directivo son limitadas en contenido y no reflejan un seguimiento efectivo a la toma de decisiones. A la fecha, solo se ha realizado una sesión del CIDT y del CID, lo cual refleja debilidades en el liderazgo institucional y en los mecanismos de control y planeación estratégica.	2%

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
Actividades de control	Si	81%	FORTALEZAS : 1)Se cuenta con SGST y se iniciara la implementacion de SGI a través de MIPG, que se integra de forma adecuada a la estructura del control en la entidad, Control Interno realiza los seguimientos correspondientes. 2)Se cuenta con un Manual de Funciones. 3)Contratos de cada area/ Actividades Asociadas a contratistas. 4)Seguimientos correspondientes a través del Secop. 5)Seguimiento a los riesgos cada 4 meses de acuerdo a las disposiciones legales. 6)Auditoria de CI En el marco del PAAC. 7)Se realiza valuacion de controles y su efectividad desde La oficina de Control Interno. 8)Desde CI se realiza auditoria a los controles, a los riesgos y a la efectividad de los controles por MEJORAR : la entidad tiene varios impactos en los informe de control interno, no se hacen consultas la jefe de control interno, las actividades de control impactadas por el temas de conflicto de interes y el del debido proceso	79%	El estado del componente anterior corresponde a la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025. Se evidencia un deterioro significativo en comparación con el año 2024, principalmente como consecuencia del cambio en la dirección de la entidad. Igualmente, se ha detectado un retraso generalizado en la entrega de los informes, los cuales presentan impactos relevantes en materia de riesgos, algunos de los cuales han requerido traslado a los entes de control. Se observan deficiencias estructurales en la gestión institucional, especialmente en aspectos relacionados con el riesgo jurídico, la austeridad del gasto, y el cumplimiento de la ejecución física y financiera frente a las metas anuales. Adicionalmente, el ambiente de control se ha visto afectado por conflictos dentro del Comité de Convivencia, particularmente entre la Subdirección de Proyectos y la Jefe de Control Interno. Las actas del Comité Directivo son limitadas en contenido y no reflejan un seguimiento efectivo a la toma de decisiones. A la fecha, solo se ha realizado una sesión del CIDI y del CICI, lo cual refleja debilidades en el liderazgo institucional y en los mecanismos de control y planeación estratégica	2%

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
Información y comunicación	Si	80%	FORTALEZAS : 1)Diseño del Sistema de Información Mentes. 2)Se tiene definidos Activos desde el área de Tlc. 3)Se cuenta con el Sistema de Información Mentes, con ERP Sistema de Información financiero, para captura y procesamiento posterior de información para consecución de metas y objetivos. 4)Plan de Comunicaciones, Página web, Podscat, Redes Sociales, Al Aire, Revista Corpo. 5)Políticas definidas en cada área las cuales se formalizan a través del SGI en los procesos Gestión comunicaciones, Proceso Gestión Documental, Proceso Gestión servicio a la Ciudadanía. 6)Se cuenta con canales de atención Presencial, Telefónico, Virtual, Urna y en Web Corporativa, reconocidos a todo nivel de la organización. 7)Procedimiento comunicaciones Internal externa (desde gestión documental y desde área de comunicaciones de la Corporación), para facilitar una comunicación interna efectiva. 8)Se cuenta con un Proceso Gestión documental. 9)Informe Trimestral y Semestral de PQRS. 9)Se cuenta con Caracterización usuarios. 10)Se realiza Encuesta de satisfacción, para incorporar las mejoras correspondientes. 11)Evaluación ITA. 12) 13)Análisis y verificación en el marco del Comité Institucional de Control Interno de las Políticas definidas en cada área las cuales se formalizan a través del SGI en los procesos Gestión comunicaciones, Proceso Gestión Documental, Proceso Gestión servicio a la Ciudadanía. 14)Análisis y verificación en el marco del Comité Institucional de Control Interno de las auditorías a los informes cuatrimestral de las PQRS en el marco del PAAC y a las PQRS semestrales. 15) definición de la Política de comunicaciones por MEJORAR la entidad presenta poco fluides en la comunicaciones con el jefe de control interno, la información está ingresando a la entidad, pero esta información no se está notificando al jefe de control interno, situación que debilita la información y comunicación	93%	El estado del componente anterior corresponde a la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025. Se evidencia un deterioro significativo en comparación con el año 2024, principalmente como consecuencia del cambio en la dirección de la entidad. Igualmente, se ha detectado un retraso generalizado en la entrega de los informes, los cuales presentan impactos relevantes en materia de riesgos, algunos de los cuales han requerido traslado a los entes de control. Se observan deficiencias estructurales en la gestión institucional, especialmente en aspectos relacionados con el riesgo jurídico, la austeridad del gasto, y el cumplimiento de la ejecución física y financiera frente a las metas anuales. Adicionalmente, el ambiente de control se ha visto afectado por conflictos dentro del Comité de Convivencia, particularmente entre la Subdirección de Proyectos y la Jefatura de Control Interno. Las actas del Comité Directivo son limitadas en contenido y no reflejan un seguimiento efectivo a la toma de decisiones. A la fecha, solo se ha realizado una sesión del CIDI y del CICI, lo cual refleja debilidades en el liderazgo institucional y en los mecanismos de control y planeación estratégica.	-13%

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
Monitoreo	Si	79%	FORTALEZAS 1) Se cuenta con el Plan Anual de Auditorías. 2) Desde el Comité Institucional de Control Interno se realizó análisis del FURAG. 3) Evaluaciones definidas en el Plan Anual de auditorías sobre el diseño y operación de los controles para evitar materialización. 4) Definición en la política de la administración del riesgo el monitoreo de la línea de defensa dos. 5) Se cuenta con auditoría regular de Contraloría General de Antioquia y Auditoría de la Revisoría Fiscal. 6) Definición de Planes de Mejoramiento producto de auditorías externas e internas. 7) Se tiene definido el comité institucional de coordinación de control interno, Resolución 039/2020. 8) Auditoría al Planes de Mejoramiento Institucional. 9) Riesgos establecidos en contratos (establecidos con Colombia - compra eficiente). 10) Realización Semestral (Informe de Seguimiento de PQRS). 11) Revisión y ajuste del plan de mejoramiento institucional. 12) Compromiso de las áreas para identificación de acciones. 13) Definición de carpetas en intranet para garantizar seguimiento de acciones establecidas para hallazgos. 14) Socialización de Plan de mejoramiento a junta directiva. 15) Análisis y verificación en el marco del Comité Institucional de Control Interno de la aprobación del Plan Anual de Auditoría. 16) Se definió mapa de procesos y se inició caracterización de procesos lo que permite ser más consciente de la gestión del proceso y de gestión de riesgos. 17) Se realizó socialización de política de riesgos. 18) Divulgación permanente de código de integridad lo que permite generar cultura ante los riesgos de corrupción. 19) Actualización permanente de la página web para dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014. 20) Articulación permanente entre la línea de defensa 2 y línea de defensa 3. 21) Realización de comité institucional de gestión y desempeño lo que permite realizar seguimiento a las políticas de MIPG y definir controles que eviten la materialización del riesgo. 22) Generar conciencia de que los riesgos no solo están en el mapa de riesgos, sino que están presentes en la operación de los procesos. 23) Análisis de Plan de mejoramiento en el Comité Institucional de gestión y desempeño. por MEJORAR: durante el proceso de auditoría de las se evidencio que muchos informes presente observaciones y hallazgos, incluso informes tecnico e la entidad debe revisar y organizar	100%	El estado del componente anterior corresponde a la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025. Se evidencia un deterioro significativo en comparación con el año 2024, principalmente como consecuencia del cambio en la dirección de la entidad. Igualmente, se ha detectado un retraso generalizado en la entrega de los informes, los cuales presentan impactos relevantes en materia de riesgos, algunos de los cuales han requerido traslado a los entes de control. Se observan deficiencias estructurales en la gestión institucional, especialmente en aspectos relacionados con el riesgo jurídico, la austeridad del gasto, y el cumplimiento de la ejecución física y financiera frente a las metas anuales. Adicionalmente, el ambiente de control se ha visto afectado por conflictos dentro del Comité de Convivencia, particularmente entre la Subdirección de Proyectos y la Jefed de Control Interno. Las actas del Comité Directivo son limitadas en contenido y no reflejan un seguimiento efectivo a la toma de decisiones. A la fecha, solo se ha realizado una sesión del CIDT y del CICI, lo cual refleja debilidades en el liderazgo institucional y en los mecanismos de control y planeación estratégica.	-21%

CONCLUSION

La Corporación Gilberto Echeverri Mejía ha demostrado un compromiso constante con la mejora de sus procesos. En el segundo semestre de 2021, alcanzó una calificación del 88% en la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno. Esta cifra se incrementó al 91% en el primer semestre de 2022, reflejando una mejora significativa.

Posteriormente, en el segundo semestre de 2022, la corporación logró un 96% en la misma evaluación, evidenciando un aumento del 5% respecto al periodo anterior. Sin embargo, a pesar de estos avances, la entidad comenzó a enfrentar dificultades en el área financiera.

Al corte del 30 de diciembre de 2023, la corporación no contaba con un software especializado para la gestión financiera, utilizando en su lugar hojas de cálculo en Excel. Esta situación generó alertas sobre la confiabilidad de la información, al no alcanzarse un 100% de precisión en los procesos. Como consecuencia, la evaluación independiente fue reducida al 92%. No obstante, gracias a la implementación de diversas acciones correctivas, para el segundo semestre del mismo año se logró recuperar tres puntos, alcanzando un 95%, a pesar de las limitaciones en la línea financiera.

En el primer semestre de 2024, la entidad mantuvo una calificación del 94%. Sin embargo, este valor podría disminuir en el segundo semestre si no se implementan acciones de mejora a partir de los resultados del FURAG.

Para el primer semestre de 2025, la corporación experimentó un retroceso significativo: el indicador descendió del 94% al 78%, lo que representa una disminución del 16% en comparación con el año anterior. Esta caída se atribuye, principalmente, a la gran cantidad de impactos reportados en los informes de auditoría del periodo enero-junio, en los que la mayoría presentan observaciones y hallazgos relevantes.

Control interno por lo anterior realizó un informe técnico EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO con varias observaciones donde la entidad debe revisar y organizar para la segunda revisión del sistema.

1. ASPECTOS NEGATIVOS

A pesar de que los cinco componentes del Sistema de Control Interno (SCI) están presentes y funcionando de manera conjunta, se observan importantes deficiencias en su implementación práctica.

Si bien se reportan fortalezas, como la existencia de un código de integridad, planes estratégicos, conflicto de interés y algunos sistemas de información, la mayoría de estos elementos no están

siendo aplicados de forma eficaz.

Además, los avances de los componentes muestran retrocesos en comparación con el periodo anterior (por ejemplo, Ambiente de Control y Comunicación e Información presentan disminuciones de -11,2% y -12,6%, respectivamente), lo que evidencia un deterioro en la madurez del SCI.

2. OBSERVACIONES

Ambiente de Control

CRITERIO: El componente debe fomentar un entorno ético, definir claramente responsabilidades, y asegurar liderazgo comprometido con el control interno.

CONDICIÓN: Aunque existe un Código de Integridad y lineamientos institucionales, su implementación real es limitada y no se evidencia liderazgo activo por parte de la dirección.

CAUSAS: Falta de seguimiento por parte de la alta dirección, ausencia de cultura organizacional orientada al control y deficientes actividades del Código de Integridad (no se han realizado).

CONSECUENCIAS: Riesgo de conductas antiéticas, incumplimiento de objetivos estratégicos, pérdida de confianza institucional y debilitamiento del sistema de control.

Evaluación de Riesgos

CRITERIO: La entidad debe contar con un proceso sistemático para identificar, evaluar y responder a los riesgos institucionales.

CONDICIÓN: Se identifica un enfoque formal (Plan Estratégico y matriz de riesgos), pero sin evidencia clara de una gestión dinámica ni de revisiones periódicas.

CAUSAS: Falta de actualización y apropiación del enfoque de gestión de riesgos; escasa articulación con la toma de decisiones.

CONSECUENCIAS: Riesgo de ineficiencia, decisiones no informadas, exposición a eventos no previstos y sanciones por parte de entes de control.

Actividades de Control

CRITERIO: Deben existir políticas y procedimientos eficaces que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales.

CONDICIÓN: Aunque se cuenta con un SG-SST, hay una implementación parcial por un programa a 1 año.

CAUSAS: Falta de asignación de responsabilidades, desconocimiento de los procedimientos y debilidad en mecanismos de supervisión.

CONSECUENCIAS: por solicitud de concepto basado del artículo 28 la ley 1755 del 2015 donde solo se interpreta, pero no se compromete y informes técnicos sin resolver (varios).

Información y Comunicación

CRITERIO: Se deben diseñar mecanismos eficaces para generar y compartir información clara, oportuna y pertinente.

CONDICIÓN: Existe un diseño general del sistema de información, pero no se evidencia una implementación adecuada ni mecanismos de retroalimentación continua.

CAUSAS: Limitaciones tecnológicas, falta de alineación entre áreas y debilidad en la cultura de comunicación institucional.

CONSECUENCIAS: Desinformación interna, fallos en la toma de decisiones y pérdida de oportunidad en la atención de riesgos.

Monitoreo

CRITERIO: Deben existir mecanismos de seguimiento y evaluación continua del SCI para promover su mejora constante.

CONDICIÓN: Aunque se cuenta con planes anuales de auditoría y se realizan seguimientos, no se observa una cultura de retroalimentación activa ni de mejoramiento continuo.

CAUSAS: Falta de liderazgo del equipo directivo, escaso uso de los resultados de auditoría para la mejora institucional y la no solución de los informes técnicos (varios)

CONSECUENCIAS: Reincidencia en errores, falta de aprendizaje organizacional y debilitamiento progresivo del control interno.

3. RIESGOS

Riesgo	Criterio Afectado
Desactualización de políticas clave	Normativo
Débil actividades del código de ética	Buenas prácticas
No articulación entre riesgos y decisiones	Normativo y buenas prácticas
Implementación parcial de SG-SST	Normativo
Información fragmentada o tardía	Buenas prácticas
Falta de seguimiento a observaciones internas	Normativo

4. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Implementar un programa de sensibilización y formación sobre el Código de Integridad y cultura organizacional.
- Reforzar el modelo de gestión de riesgos mediante una metodología actualizada y sesiones periódicas de revisión.
- Solucionar los informes técnico de las auditorías internas, en temáticas centradas en procesos críticos.
- Fortalecer el sistema de información institucional con herramientas tecnológicas modernas que promuevan la trazabilidad y la retroalimentación.
- Establecer indicadores de gestión específicos para cada componente del SCI, con seguimiento trimestral y reportes al nivel directivo.