

**INFORME
AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS
2025 - 2026**

**AUDITORIA BASADA EN RIESGOS CICLO 1
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

VIGENCIA 2026

POR

**JAIRO A. VILLEGAS CUERVO
ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Medellín, 27 DE ABRIL DE 2026

 **+(57) (4) 540 90 40 / 01 8000 413522**

Edificio Estación Medellín - Ferrocarril de Antioquia
Carrera 52 n° 43 - 31, Oficinas 204 y 205, Medellín, Antioquia

www.corporaciongilbertocheverri.gov.co



Fundación **epm**

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 76 de la ley 1474 de 2011 y la ley 1755 de junio 30 del 2015, y de conformidad con las disposiciones de la ley 1712 de 2014 “por medio de la cual se crea la ley de Transparencia y del Derecho del acceso a la información Pública Nacional y se dicta otras disposiciones”, así como lo referido al contenido de la Ley 87 de 1993 donde se identifica que las oficinas Control Interno debe ser más de trato hacia lo preventivo y enfocarse en la protección de recursos y el cumplimiento de metas, así mismo el Decreto 648 de 2017, Precisa sobre el rol de las Oficinas de Control Interno (OCI) como evaluadoras del riesgo, dándoles un papel estratégico dentro de su actuar funcional; el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, por medio del Decreto 1499 de 2017, requiere que la auditoría no sea un simple "chequeo de papeles", sino que evalúe la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados en la entidad estatal y que pueden afectar la gestión. La Guía de Auditoría de Función Pública, se constituye en el manual técnico vigente. El cual reza que el Plan Anual de Auditoría (PAI) debe priorizar los procesos con mayores riesgos (mapas de riesgos) y debilidades institucionales. Las Normas Internacionales (IPPF), aunque es un marco más técnico, la Función Pública las adopta para que las auditorías tengan rigor, independencia y un enfoque basado en procesos, es así como la oficina Asesora de Control Interno de la Corpo GEM (Corporación Gilberto Echeverri Mejía), presenta el informe final del proceso auditado a Gestión Jurídica acorde al programado en el Plan Anual de Auditorias Ciclo 1, aprobado en el comité institucional de control interno – por medio del acta #1 del mes de enero del año 2026. y establecer las oportunidades para la recepción y tiempos de respuesta del proceso auditado.

ANTECEDENTES

(Evidencias Solicitud de información y auditorias in situ)

Medellin, Marzo 17 de 2026

Proceso auditado: Direccionamiento Estratégico


Fecha Auditoria: 13 de marzo de 2026

Líder del Proceso: Felipe Andres Gil Barrera - Director General

Auditor Líder: Jairo Villegas Cuervo – Asesor oficina de Control Interno

Evidencia Carta de presentación y hoja de ruta

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

	<p>CARTA DE COMPROMISO Y REPRESENTACIÓN PARA AUDITORÍAS INTERNAS</p> <p>Versión 02 Página 1 de 3</p>	<p>Código: GEM - FR - 02 Versión 02 Página 2 de 3</p>	<p>Código: GEM - FR - 02 Versión 02 Página 3 de 3</p>																		
<p>Fecha: 24/02/2026 Para: Felipe Andrés Gil Barrera - Director Ejecutivo De: Jairo A. Villegas Cuervo - Asesor de la oficina de Control Interno Asunto: Carta de Alcance para la realización de auditoría interna al proceso, procedimiento o caracterización del "Direccionamiento Estratégico" de la Corporación Gilberto Echeverri Mejía</p>	<p>6. Brindar toda la información relacionada con las principales operaciones o lineamientos del proceso y normatividad interna establecida por la Dirección, tales como: directrices, memorandos, circulares, resoluciones y cualquier otra que el líder considere relevante.</p>	<p>Manifiesto que los responsables de las áreas auditadas conocen claramente los objetivos de la revisión, el alcance definido, y el cronograma de trabajo, así como el cumplimiento del protocolo de comunicaciones, que aseguren la oportunidad y calidad de los resultados.</p>	<p>Agradecemos comunicar cualquier inquietud con respecto al contenido de este documento</p> <p>Atentamente,</p>																		
<p>Respetado Director Ejecutivo-Felipe Andrés Gil Barrera</p> <p>Acordo a lo establecido en el artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 1083 de 2015, adicionado por el artículo 16 del Decreto 648 de 2017, por medio de la presente comunicación, y dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría Interna independiente de la Subdirección de Planeación de la Corporación Gilberto Echeverri Mejía, identificada con NIT 900.879.194-1, Vigencia año 2025, me comprometo con la Oficina Asesora de Control Interno, en mi calidad de Director Ejecutivo y con mi equipo directivo, a desarrollar las siguientes acciones: dentro de los procesos a auditar según el Plan Anual de Auditorías, acorde al cronograma establecido para tal fin, el cual podrá tener variaciones en las fechas establecidas por la disponibilidad del personal, y según lo determinado por el comité interinstitucional de Control Interno - CICI, por lo tanto desde la alta Dirección nos comprometemos a:</p>	<p>7. Presentar en los términos establecidos, los resultados del monitoreo del mapa de riesgos de acuerdo con la normatividad vigente y política de administración del riesgo, que sean requeridos para el desarrollo de la auditoría y/o elaboración de informes de la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>8. Informar a la Dirección General con copia a la Oficina Asesora de Control Interno, todos los hechos o posibles actos y riesgos de corrupción y/o fraude que afecten a la Unidad y por ende a la Corporación.</p> <p>9. Realizar la formulación del plan de mejoramiento, registrarlos en los medios establecidos por la entidad y entregar las respectivas evidencias de avance y cumplimiento, dentro de los términos establecidos para su evaluación, análisis y dictamen.</p>	<p>10. Cronograma</p> <p>Las fechas estimadas para el desarrollo de este trabajo son las siguientes:</p>	<p>Jairo Alberto Villegas Cuervo Asesor Oficina de Control Interno</p>																		
<ol style="list-style-type: none"> Cumplir con las actividades establecidas en el plan de auditoría al proceso en las fechas definidas. Participar de manera proactiva y en sinergia con el equipo auditor de la Oficina Asesora de Control Interno, en pro del mejoramiento continuo y basado en el directriz de prevención de materialización del riesgo que permita cumplir con el objetivo de la auditoría. Entregar información veraz (basada en la evidencia), oportuna y de calidad, que sea solicitada por el equipo auditor de forma física, digital o verbal, durante el desarrollo de la auditoría, en la elaboración de informes de ley o cualquier otra actividad que realice la oficina asesora de control interno, en el desarrollo de las funciones que le competen a mencionada oficina según lo determinado por la normatividad vigente. Atender oportunamente las indagaciones o entrevistas que se realicen al líder o algún miembro del equipo del proceso auditado, bajo el criterio discrecional de la Oficina Asesora de Control Interno. Permitir el acceso a toda la información en cumplimiento de los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión, que sustentan el desarrollo del proceso, incluyendo aquellos que se encuentren en sistemas de información o herramientas tecnológicas que puedan servir como soporte de la auditoría. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Cronograma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Revisión de Soledadización de misión de la auditoría</td> <td>Fecha: 03/03/2026 Hora: 9:00 a.m. Lugar: Oficina 213</td> </tr> <tr> <td>Planeación de la Auditoría</td> <td>Fecha: 04/03/2026 Se envía a cada proceso por Correo electrónico o por chat del Teams.</td> </tr> <tr> <td>Revisión de apertura</td> <td>Fecha: 11/03/2026 Hora: 9:30 a.m.</td> </tr> <tr> <td>Ejecución de la Auditoría</td> <td>Fecha: 11/03/2026 Hora de inicio: 9:00 a.m. Hora fin: 11:00a.m. Lugar: In Situ del proceso</td> </tr> <tr> <td>Socialización informe preliminar</td> <td>Fecha: 18/03/2026 Hora: 11:00 a.m. Lugar: In Situ del proceso</td> </tr> <tr> <td>Emisión de informe final</td> <td>Fecha: 24/03/2026</td> </tr> <tr> <td>Entrega de plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)</td> <td>Fecha: 20/03/2026</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)</td> <td>Fecha: 18/04/2026</td> </tr> </tbody> </table> <p>2025 / Versión 02 Fecha Asignado: 2024-06-20</p>	Actividad	Cronograma	Revisión de Soledadización de misión de la auditoría	Fecha: 03/03/2026 Hora: 9:00 a.m. Lugar: Oficina 213	Planeación de la Auditoría	Fecha: 04/03/2026 Se envía a cada proceso por Correo electrónico o por chat del Teams.	Revisión de apertura	Fecha: 11/03/2026 Hora: 9:30 a.m.	Ejecución de la Auditoría	Fecha: 11/03/2026 Hora de inicio: 9:00 a.m. Hora fin: 11:00a.m. Lugar: In Situ del proceso	Socialización informe preliminar	Fecha: 18/03/2026 Hora: 11:00 a.m. Lugar: In Situ del proceso	Emisión de informe final	Fecha: 24/03/2026	Entrega de plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)	Fecha: 20/03/2026	Seguimiento plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)	Fecha: 18/04/2026	<p>Felipe Andrés Gil Barrera Director Ejecutivo</p>	<p>+57 (4) 540 90 40 / 01 8000 413222 Edificio Estación Medellín - Ferrocarril de Antioquia Carrera 52 nº 43 - 31, Oficinas 204 y 205, Medellín, Antioquia www.corporaciongilbertoecheverri.gov.co</p>
Actividad	Cronograma																				
Revisión de Soledadización de misión de la auditoría	Fecha: 03/03/2026 Hora: 9:00 a.m. Lugar: Oficina 213																				
Planeación de la Auditoría	Fecha: 04/03/2026 Se envía a cada proceso por Correo electrónico o por chat del Teams.																				
Revisión de apertura	Fecha: 11/03/2026 Hora: 9:30 a.m.																				
Ejecución de la Auditoría	Fecha: 11/03/2026 Hora de inicio: 9:00 a.m. Hora fin: 11:00a.m. Lugar: In Situ del proceso																				
Socialización informe preliminar	Fecha: 18/03/2026 Hora: 11:00 a.m. Lugar: In Situ del proceso																				
Emisión de informe final	Fecha: 24/03/2026																				
Entrega de plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)	Fecha: 20/03/2026																				
Seguimiento plan de mejoramiento (si aplica o recomendaciones)	Fecha: 18/04/2026																				

OBJETIVO

Verificar la efectividad de los controles establecidos para mitigación de los riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico, con el propósito de retroalimentar a la alta Dirección de la Corporación Gilberto Echeverri Mejía con oportunidades de mejora u observaciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad dentro de cada uno de sus planes.

ALCANCE

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial in Situ de la Dirección Ejecutiva, la cual tuvo el siguiente derrotero:

Revisión documental en forma digital, consulta del servidor de carpetas en ONE DRIVE, utilizando para ello el siguiente enlace como apoyo a la información consultada dentro del proceso de auditoría <https://corpoeducacionsuperior.sharepoint.com/:f/r/sites/CFES/Compartidas/Procesos/01.%20Direccionamiento%20Estrat%C3%A9gico?csf=1&web=1&e=g1ZvkQ>, de igual forma se consultó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Gestión Institucional (SGI), la página web entre otros sistemas de información y eventualmente, en caso de requerirse, de manera presencial uno u otros funcionarios adscritos a la alta Dirección o de apoyo a la misma.

El periodo de evaluación comprende la vigencia 2025, entre el 1° de enero al 31 de Diciembre de 2025. Las evaluaciones se realizaron, teniendo en cuenta lo establecido en los siguientes documentos:

- Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

- Operación Institucionales Direccionamiento Estratégico
- Operación por Proceso Direccionamiento Estratégico
- Indicadores Proceso de Direccionamiento Estratégico
- Operación para la Administración del Riesgo
- Mapa de Riesgos y Detalle Mapa de Riesgos Institucional
- Procedimiento Formulación de Planes Estratégicos Institucionales
- Procedimiento Administración de la Gestión del Riesgo
- Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual 2025
- Normativa aplicable al proceso
- Riesgos del proceso e Indicadores

Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló, así:

- Lectura y revisión de la documentación vigente – preguntas de conocimiento al proceso
- Entrevistas personales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de Direccionamiento Estratégico
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría
- Pruebas de verificación de la información y evidencias en la efectividad de controles virtuales y/o físicas

Carta de Representación y Plan de Auditoría

El día 24 de febrero de 2026 se remitió por correo electrónico al Director Ejecutivo, de la CORPOGEM, el documento “Carta de Representación” diligenciado, en el cual se solicita su revisión y aprobación con su firma, con lo cual se evidencia el compromiso y disposición con la Gestión Auditora, con ello entonces se compromete e identifica como el máximo responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno al momento de requerirse, todo ello en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal “b”).

También se mencionó la importancia de que, de los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas personales e información registrada en los diferentes sistemas de información institucional, dependen los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describe en el informe.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

Para ello tendremos en cuenta el siguiente modelo interpretativo y se incorporara a la matriz en el proceso auditado:

Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos.
No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.



La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una alerta de resolución inmediata o en el mayor de ellos casos la generación de una acción correctiva.



Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar. **(R)**

Para la auditoria se tuvieron en cuenta las siguientes normas acorde a lo establecido por las entidades especializadas en la materia:

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016):

Numeral 7. “Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto)
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual)
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales
- Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, desde la auditoria interna se tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización.”

Norma NTC ISO 9001:2015 (Cuarta Actualización)
Sistemas de Gestión de la Calidad

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Numerales aplicables de la norma

4. Contexto de la organización
5. Liderazgo
6. Planificación
7. Apoyo
8. Operación
9. Evaluación del desempeño
10. Mejora




INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

PRESENTACIÓN DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN AL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO BASADA EN RIESGOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO Y APROBADO EN EL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.




LA MATRIZ DE 6 X 7, ELABORADA PARA LA AUDITORIA INCLUYE ALGUNOS RIESGOS APLICABLES A LA GESTION PUBLICA INHERENTES AL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO QUE HACEN PARTE DE LAS ENTIDADES PUBLICAS, QUE PARA EL CASO QUE NOS ABOCA SERIA UNA ORGANIZACIÓN MIXTA.

1	2	3	4	5	6
Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	Interpretación
Pérdida de Confidencialidad					
Pérdida de Disponibilidad de la Información					
Pérdida de Integridad					
Direccionamiento indebido del nivel decisorio, en la vinculación de personal, celebración de convenios o toma de decisiones en beneficio propio o de un tercero.					
Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas establecidas en el Plan de acción 2026.					
Inadecuada gestión de procesos y generación de productos/servicios					
Evaluación, Control y Mejora					



INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	Interpretación
Pérdida de Confidencialidad	Alto	SI	<p>Adecuados controles para el cumplimiento a los lineamientos de la Oficina de las TICs en su Política de Operación, relacionados con la confidencialidad para acceder a los recursos de infraestructura de TICs por parte del usuario y sobre las acciones para construir contraseñas seguras.</p> <p>Existe una gran fortaleza en la presentación de la información registrada en la sábana de riesgos del proceso y en registro oportuno del plan de mejoramiento ante la materialización del riesgo "Pérdida de Confidencialidad", el cual aparece en este estado en los meses de enero a diciembre de 2025.</p>		No existe Hallazgo Cumple
Pérdida de Disponibilidad de la Información	Extremo	SI	<p>Se fortalece el reporte de incidentes por pérdida de disponibilidad o integridad de la información a través de la Mesa de Ayuda, la cual se encuentra a cargo del profesional de las TICs por contrato</p> <p>Fortalecido en la ejecución de los controles establecidos, para el cumplimiento del procedimiento "Caracterización del proceso y Apoyo Jurídico".</p> <p>Aplicación adecuada de las actividades y los puntos de control establecidos para el cumplimiento del procedimiento "Administración de la Gestión del Riesgo", durante la vigencia 2020.</p> <p>Aplicación adecuada del control establecido en el procedimiento "Diseño y Administración Sistema integrado Planeación y Gestión", de evaluar la pertinencia de requerimientos mediante el formato de control de cambios, cada vez que se recibe una solicitud de actualización, modificación o eliminación de documentos.</p>		No existe Hallazgo Cumple
Pérdida de Integridad	Extremo	SI	Se tiene un adecuado manejo para visualizar los documentos, en los diferentes sistemas de información de consulta o en el servidor de carpetas compartidas ONE DRIVE		No existe Hallazgo Cumple

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

<p>Direccionamiento indebido del nivel decisorio, en la vinculación de personal, celebración de convenios o toma de decisiones en beneficio propio o de un tercero.</p>	<p>Extremo</p>	<p>SI</p>	<p>Se evidenció cumplimiento en los mecanismos para el manejo de conflictos de interés, se recomienda incorporar la articulación de la gestión de conflicto de interés como un elemento del Proceso de Talento Humano, estructurando el mecanismo de “Canal de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés” y el “Formato Declaración de Conflictos de Interés” adoptado al interior de la entidad, con el fin de evidenciar las acciones de gestión preventiva llevadas a cabo por la Corporación.</p>	
<p>Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas establecidas en el Plan de acción 2026.</p>	<p>Extremo</p>	<p>SI</p>	<p>Cumplimiento en general de las actividades y controles establecidos para el procedimiento de Planificación Presupuestal.</p> <p>Adecuada documentación de los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos para establecer la planeación de cada vigencia y su articulación con el presupuesto de inversión, mediante la implementación de un esquema en SGI.</p> <p>Adecuada validación de los procedimientos para hacer modificaciones al Plan Estratégico Institucional, y Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) a través del SGI, que aún se encuentra en proceso de validación y estudio por parte del ICONTEC para incorporar como un agregado de valor a los procesos de la Entidad.</p>	
<p>Inadecuada gestión de procesos y generación de productos/servicios</p>	<p>Alto</p>	<p>SI</p>	<p>Los controles del procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, se encuentran asociados directamente al Mapa de Riesgos, por lo cual se pueden mitigar fácilmente.</p>	

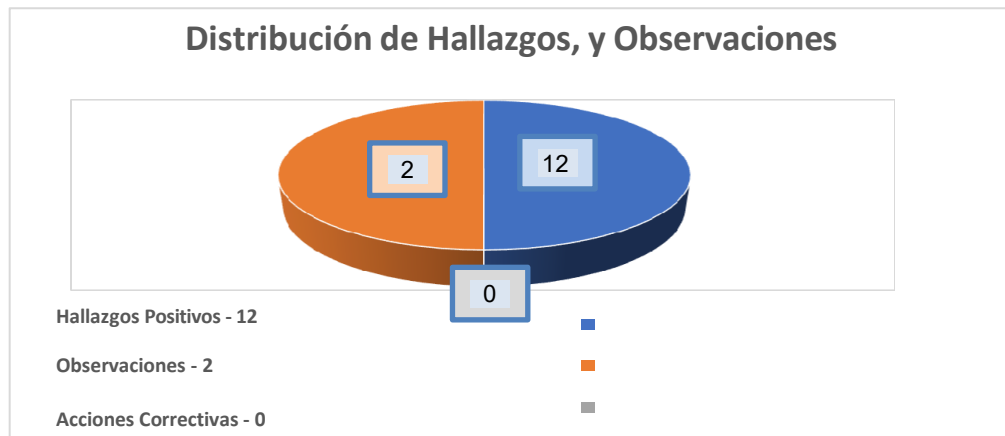
INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Evaluación, Control y Mejora	Alto	SI	<p>Los indicadores del proceso requieren de ajustes en las fichas técnicas que conserve una mayor proporcionalidad entre lo planteado versus el resultado, a pesar de tener la estructura de la ficha esta debe ir más encaminada hacia la línea base de su estructura para la construcción, y no dejar cifras con datos en cero (cuando se habla de lo cuantitativo, ya que este valor desdibuja la realidad del indicador, y por ente podrá afectar la imagen reputacional.</p>		Se deja como observación
			<p>Oportunidad de implementar en La CORPOGEM, la adopción de una "Mejor Práctica" para la gestión de la firma electrónica, mediante la estructuración de una herramienta que no permita la vulneración a la emisión de documentos firmados por la Dirección Ejecutiva y demás personal Directivo, con lo cual se evita el riesgo de plagio y desgastes administrativos en el evento de una vulneración documental.</p>		Se deja como observación

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Conclusiones y Recomendaciones Generales

1. Es valioso resaltar la disposición y colaboración de los funcionarios que hicieron parte en la realización de las entrevistas de manera presencial y el aporte de información que permitió verificar los controles establecidos en el proceso de Direccionamiento Estratégico.
2. En la auditoria efectuada al proceso de Direccionamiento Estratégico se dejaron como evidencia de lo auditado doce (12) hallazgos positivos, cero (0) acciones correctivas y dos (2) observaciones las cuales fueron socializados y aceptadas por la Alta Dirección, resaltando en ello la proactividad y disponibilidad para resolverlas de manera inmediata, evidenciando para ello la aplicabilidad adecuada a la normatividad vigente y de los controles establecidos en el proceso; así mismo, se perciben situaciones que denotan una debilidad que expone de manera indirecta o directa a la Entidad y la puede llevar a un impacto negativo a nivel administrativo y operativo o a un riesgo que se pueda materializar generando así una acción correctiva si existe la evidencia del incumplimiento o la no mitigación de la observación transcrita finalmente, no se observaron hallazgos; por lo tanto, no se hace necesario implementar las acciones de mejora para subsanarlos, sin embargo se realiza una breve evaluación al Plan de mejoramiento establecido en auditorias anteriores encontrando que pueden cerrarse algunas recomendaciones o acciones correctivas dadas las evidencias presentadas por parte de los responsables del proceso.



Durante la vigencia 2025 se observó un importante avance en el análisis y levantamiento documental de las actividades desarrolladas por las dependencias, la investigación de nuevas tendencias y la identificación de necesidades en el fortalecimiento de los procesos (formalización de planta de cargos con la Reestructuración llevada a cabo en el año 2023,) y de posibles escenarios de negocio y cadena de valor muestran un panorama ideal para el crecimiento de la Corporación a nivel presupuestal y por ende para el desarrollo de nuevos proyectos encaminados hacia la responsabilidad social como eje misional de la entidad; es importante resaltar la forma la Corporación ha ido avanzando


INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

en cada uno de las etapas contempladas en el plan Institucional hasta llegar a la presentación del documento final ante la Junta Directiva, en procura de obtener finalmente su aprobación sobre la reorientación institucional así como del nuevo modelo de operación por procesos, como fuente fundamental para el desarrollo de la gestión interna con criterios de calidad, oportunidad, innovación en beneficio de los grupos de valor o partes interesadas.

A nivel interno institucional y en la sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICI), Acta 001 del 28/01/2026 (ver anexo), la Dependencia de Planeación Institucional presento y explicó a los miembros del equipo cómo se desarrolla el proyecto, la definición del propósito, la validación y el alcance que se estableció en su metodología, así como la ruta de trabajo definida para el 2026 y los pasos para su realización con éxito, estableciendo a dónde se quiere llegar y la visión del proyecto del Plan Anual de Auditorías.

Para llevar a cabo lo anteriormente expuesto, se contó con la revisión y sugerencias de todas las áreas y líderes de proceso.

Considerando que el CICI a la fecha cuenta con miembros recién vinculados a la Corporación, se sugirió a la Dependencia de Planeación Institucional que los ilustre con la presentación del proyecto, la exposición sobre los ejes de Función Pública - MIPG), el modelo de negocio y la reestructuración del mapa de operación por procesos.

	ACTA DE REUNIÓN	Código: SGI-FR-05
		Versión: 02
		Página 1 de 4
::		
Acta de Reunión	COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO	
Acta N. 1	de la vigencia 2026	
Identificación		
Objetivo	Revisar y aprobar el plan de auditorías de control interno para la vigencia 2026.	
Fecha	28/01/2026	
Lugar	Oficina 206	
Integrantes Comité Institucional de Gestión y Desempeño-CIGD		
Felipe Andres Gil Barrera	Director Ejecutivo	
Sandra Paola Nohavá Bravo	Subdirectora de Proyectos	
Luisa Fernanda Varela Agudelo	Subdirectora Administrativa y Financiera	
Jessika Hinestroza Palacios	Profesional Especializada de la Oficina Jurídica	
Andrés Felipe Gallego Soto	Profesional de Planeación institucional	
Yesica Natalia Gómez Gómez	Profesional de Comunicaciones y relaciones corporativas	
Jairo Alberto Villegas Cuervo	Asesor de la oficina de control interno	
AGENDA		
1	✓ Revisión y aprobación del plan de auditorías de control interno para la vigencia 2026.	
2	✓ Propositiones y varios	

Es importante mencionar que el Proceso Direccionamiento Estratégico bajo la colaboración y Coordinación de planeación Institucional se encuentra adelantando el

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Proyecto de “Rediseño de Procesos Institucionales con la entidad ICONTEC”, lo cual contempla la revisión a la caracterización, procedimientos, guías, políticas y manuales, entre otros, es importante que se tengan en cuenta las recomendaciones que, frente a estos documentos, se hace a lo largo del informe y en especial, la oportuna publicación de estas actualizaciones y documentos base para la construcción integral del proyecto.

Para la vigencia, 2025 se observaron por parte de la auditoría dos (2) proyectos en curso así:

Objeto: CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° CONV - 005 - 2025 CELEBRADO ENTRE LA FUNDACION UNIVERSITARIA CEIPA Y LA CORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA por un valor total de Tres mil setenta y siete millones de pesos COP (**\$3.077.000.000**), y otro cuyo objeto es “CONVENIO DE ASOCIACIÓN PARA AUNAR ESFUERZOS INSTITUCIONALES DIRIGIDOS A IMPLEMENTAR EL PROYECTO DE FOMENTO Y DE FORMACIÓN EN HABILIDADES DIGITALES Y EN USO Y APROPIACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ESTUDIANTES, DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.” Este proyecto está registrado con el N° CONV - 018 - 2025 CELEBRADO ENTRE LA FUNDACION CRACK DE CODE Y LA CORPORACIÓN GILBERTO ECHEVERRI MEJÍA” por un valor de Cinco mil trescientos sesenta y dos millones trescientos dieciocho mil ochocientos cuarenta y un pesos COP (**\$5.362.318.841**). Al respecto, es importante informar que estos recursos tendrán como beneficiarios a estudiantes y docentes que demuestren el compromiso con la calidad educativa del departamento de Antioquia, en especial apuntando al compromiso de la educación Terciaria, inmiscuida dentro del Plan de Desarrollo Departamental 2024 – 2027; de similar y complementaria manera es relevante mencionar que desde la Oficina de planeación Institucional se está liderando el proyecto de Certificación ISO 9001 versión 2015, la cual contempla el diseño, adopción y certificación de la entidad; se espera que este proyecto inicie su configuración después de la ley de garantías.

Durante la vigencia 2025 (Alcance de la auditoría), observamos en general un adecuado cumplimiento al proceso de Direccionamiento Estratégico, de tal forma que se emite la conformidad en relación con el cumplimiento de las actividades y controles contemplados en lo referido al procedimiento y caracterización.

En el proceso auditor, la Oficina de Control Interno verificó las evidencias a través del análisis de los registros, con los respectivos enlaces de la siguiente dirección <https://corpoeducacionsuperior.sharepoint.com/:f:/r/sites/CFES/Compartidas/Procesos/01.%20Direccionamiento%20Estrat%C3%A9gico?csf=1&web=1&e=g1ZvkQ>”.

Se debe tener en cuenta que *el profesional de planeación Institucional anualmente deberá documentar con los demás procesos los recursos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos para establecer la planeación de cada vigencia; si el análisis de los recursos disponibles indica que son insuficientes, se deberá ajustar la planeación a lo definido.*

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

El profesional de planeación institucional en forma mensual informa al comité de Gestión y desempeño institucional el estado de cumplimiento de los compromisos a través del seguimiento de la planeación institucional; para lo cual podrá crear los propios tableros de control a través de indicadores que permitan a la alta dirección, evaluar, interpretar y presentar ante los diferentes organismos de administración y control los resultados de cada uno de ellos en forma clara y concisa.

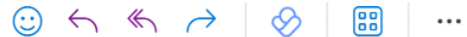
RESPEUSTA A OBSERVACIONES CON DOCUMENTOS DE EVIDENCIA

Se recibe el día 27 de abril de 2026, la respuesta a observaciones pendientes de resolver durante la auditoria basada en riesgos ciclo 1, realizada el día 13 de marzo de del año 2026, es impórtate informar que a través del correo electrónico (ver correo emitido – se adjuntan soportes) esta información es diligenciada por la Dirección Ejecutiva, con el apoyo del Profesional de Planeación Institucional.

Respuesta informe preliminar direccionamiento estratégico Resumir este correo electrónico



Andres Gallego











Para:  Jairo Villegas Cuervo

Lun 27/04/2026 7:31 AM

CC:  Felipe Andrés Gil Barrera



-  Informe Preliminar Aud. Basada...
657 KB
-  RESOLUCION FIRMA DIGITAL v...
157 KB
-  Plantilla_Creacion_Usuarios_Pro...
16 KB
-  COR_120260292.pdf
4 MB
-  RESOLUCIÓN #0055 del 2020 F...
1 MB
-  Plantilla_Creacion_Usuarios_Pro...
15 KB

 7 archivos adjuntos (6 MB)  Guardar todo en OneDrive - CGEM  Guardar todos los datos adjuntos

Buenos días, Hola Jairo, espero que estes bien.

Desde la dirección ejecutiva y en apoyo de planeación, se valida el informe preliminar direccionamiento estratégico, por lo que en relación a las observaciones, se detalla implementaciones y soportes.

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Observación 1 (Resuelta). Desde el proceso de Direccionamiento Estratégico se ha asumido un compromiso continuo con el mejoramiento, garantizando la alineación tanto con el Plan Estratégico de la entidad como con el Plan de Desarrollo Departamental 2024 - 2027, lo cual ha permitido diseñar e implementar un enfoque de gestión más dinámico y realista para el seguimiento de indicadores.

En concordancia con lo anterior, durante la presente vigencia se incorporó en el Plan de Acción una metodología de ponderación por actividades o acciones para cada indicador, lo cual permite evidenciar con mayor certeza los avances parciales en los seguimientos trimestrales o periódicos, aun cuando la meta final del indicador tenga proyecciones de cumplimiento a más largo plazo. Esta aproximación garantiza que los reportes de seguimiento reflejen fielmente el esfuerzo institucional y los avances internos alcanzados en diferentes frentes de acción, evitando así la presentación de valores en cero que, como correctamente señala el asesor de la oficina de control interno, distorsionan la percepción del desempeño y pueden generar impactos negativos en la imagen institucional.

Es importante precisar que la situación de registros en cero en periodos previos obedecía, en gran medida, a restricciones metodológicas impuestas por los responsables de la validación de la información, quienes no permitían consignar avances ponderados ni registraban las justificaciones técnicas ni las acciones ejecutadas por la organización para alcanzar el cumplimiento de las metas establecidas. Esta práctica ha sido revisada y ajustada, permitiendo ahora documentar de manera transparente y técnica los avances intermedios que contribuyen al logro de los objetivos estratégicos.

Complementariamente, se informa que dentro del Plan de Acción de la presente vigencia se encuentra establecida la estructuración de un proyecto integral de reestructuración organizacional, el cual contempla un análisis exhaustivo de toda la documentación normativa, procesos e indicadores de la entidad. Este proyecto permitirá estandarizar las fichas técnicas de los indicadores, ajustar las líneas base de construcción según criterios técnicos robustos, y establecer parámetros claros de medición que eliminen las inconsistencias señaladas en la observación, garantizando una mayor proporcionalidad y realismo en los reportes de gestión.

Finalmente, como parte de las acciones estratégicas de fortalecimiento institucional, se está avanzando en la exploración y eventual implementación de la Norma ISO 9001 para la estandarización de sistemas y procesos. Esta iniciativa permitirá establecer un marco de gestión basado en criterios de calidad internacional, que incluye la documentación adecuada de indicadores, el seguimiento por acciones ponderadas, y la eliminación de prácticas que no reflejen fielmente la realidad del desempeño organizacional, contribuyendo así al mejoramiento continuo y a la consolidación de una imagen institucional sólida y transparente.

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Observación 2 (Avance 75%). Desde la dirección ejecutiva estamos comprometidos con el mejoramiento continuo y estableciendo una mejor práctica en la gestión de firma electrónica, para adoptar herramientas que prevengan la vulneración en la emisión de documentos firmados por la Dirección Ejecutiva y personal directivo, mitigando así riesgos de plagio y desgastes administrativos derivados de posibles vulneraciones documentales, lo cual implica la revisión y actualización permanente de los mecanismos de control existentes para garantizar que los procesos operativos y administrativos respondan a los estándares de seguridad y calidad requeridos en el entorno actual.

En cuanto a las medidas de control actualmente vigentes, es importante precisar que los procesos de la entidad cuentan con la definición de roles específicos destinados a las validaciones y verificaciones previas que deben realizarse antes de proceder con cualquier tema susceptible de materializar riesgos relacionados con el plagio o la suplantación de firmas. Estos controles operan como barreras preventivas que buscan garantizar la autenticidad y legitimidad de los documentos generados internamente, minimizando la probabilidad de incidentes que puedan comprometer la integridad documental de la organización.

No obstante, conscientes de la necesidad de fortalecer estos mecanismos mediante herramientas tecnológicas robustas, se informa que a través de TREDa se ha avanzado significativamente durante la presente vigencia en la implementación de la firma certificada para la Dirección Ejecutiva. Este proyecto ha incluido reuniones técnicas y sesiones de capacitación con el proveedor especializado, orientadas a definir los parámetros técnicos, funcionalidades y alcances de la herramienta. De igual manera, se encuentran en proceso las parametrizaciones correspondientes y la definición precisa de roles, rutas de aprobación y flujos documentales que permitirán operar el sistema de firma electrónica con los niveles de seguridad y trazabilidad requeridos para prevenir accesos no autorizados o manipulación indebida de documentos sensibles.

Por lo tanto, estas acciones permitirán, una vez culminada la implementación, contar con un mecanismo de firma electrónica certificada que garantice la no repudiación, autenticidad e integridad de los documentos firmados por la alta dirección y demás funcionarios autorizados, eliminando los riesgos de vulneración señalados en la observación y evitando los desgastes administrativos asociados a la gestión de incidentes de seguridad documental. La entidad continuará con el seguimiento de este proyecto hasta su completa operatividad, asegurando que la solución adoptada responda a las mejores prácticas del sector y a los lineamientos normativos aplicables en materia de firma electrónica y gestión documental.

INFORME AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS 2025 - 2026

Configuración de Hallazgos

(para trámite ante los entes de control si es pertinente remitir, según el caso)

Item	Tipo de hallazgo	Cantidad
1	Administrativos	0
Incidencias		
2	Disciplinarios	0
3	Penales	0
4	Fiscales (Pesos \$)	0
5	Sancionatorios (Recomendar)	0
Fuente: Papeles de Trabajo soporte de la Auditoría al proceso de Direccionamiento Estratégico		
Oficina Asesora de Control Interno		

No se dejan hallazgos, y las observaciones fueron resueltas en el término de lo requerido con suficiencia documental para la emisión del informe final, el cual se anexa al presente informe desde la página 14 del documento emitido, se deja una observación con un avance significativo (75%), la cual tiene que ver con la firma electrónica (Legaltech).