

## INFORME FINAL

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

VIGENCIA 2026

POR  
JAIRO A. VILLEGAS CUERVO  
ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, 24 DE ABRIL DE 2026

## INFORME FINAL

### 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.

## INFORME FINAL

### ANTECEDENTES

(Evidencias Solicitud de información y auditorías in situ)

Medellín, Abril 10 de 2026

Proceso auditado: Planeación Institucional

Fecha Auditoria: 24 de marzo de 2026

Líder del Proceso: Andrés Felipe Gallego Soto – Profesional Planeación Institucional

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

#### Evidencia Carta de presentación y hoja de ruta

	<b>CARTA DE COMPROMISO Y REPRESENTACIÓN PARA AUDITORÍAS INTERNAS</b>	Código: GEM – FR – 02
		Versión: 02
		Página 1 de 3

Fecha: 24/03/2026  
Para: Andrés Felipe Gallego Soto – Profesional Planeación Institucional  
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 de la "Planeación Institucional" de la Corporación Gilberto Echeverri Mejía.

Respetado Profesional Andrés Felipe Gallego Soto,

Acuerdo a lo establecido en el artículo 2.3.21.4.8 del Decreto 1083 de 2015, adicionado por el artículo 18 del Decreto 648 de 2017, por medio de la presente comunico, y dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría Interna independiente de la Subdirección de Planeación de la Corporación Gilberto Echeverri Mejía, identificada con NIT 900.679.194-1, Vigencia año 2026, me comprometo con la Oficina Asesora de Control Interno, en su calidad de Profesional de Planeación Institucional, y con mi equipo de trabajo, 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:


1. Cumplir con las actividades establecidas en el plan de auditoría al proceso en las fechas definidas.
2. 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 la directriz de prevención de materialización del riesgo que permita cumplir con el objetivo de la auditoría.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

+ (57) (4) 540 90 40 / 01 8000 413522  
Edificio Estación Medellín - Ferrocarril de Antioquia  
Carrera 52ª # 43 - 31, Oficinas 204 y 205, Medellín, Antioquia  
www.corporaciongilbertocheverri.gov.co

IDEA Fundación epm

+ (57) (4) 540 90 40 / 01 8000 413522  
Edificio Estación Medellín - Ferrocarril de Antioquia  
Carrera 52ª # 43 - 31, Oficinas 204 y 205, Medellín, Antioquia  
www.corporaciongilbertocheverri.gov.co

IDEA Fundación epm

	<b>CARTA DE COMPROMISO Y REPRESENTACIÓN PARA AUDITORÍAS INTERNAS</b>	Código: GEM – FR – 02
		Versión: 02
		Página 3 de 3

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.

Agradecemos comunicar cualquier inquietud con respecto al contenido de este documento

Atentamente,



Jairo Alberto Villegas Cuervo  
Asesor Oficina de Control Interno



Andrés Felipe Gallego Soto  
Profesional Planeación Institucional

	<b>CARTA DE COMPROMISO Y REPRESENTACIÓN PARA AUDITORÍAS INTERNAS</b>	Código: GEM – FR – 02
		Versión: 02
		Página 2 de 3

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.

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.

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.

9. Realizar la formulación del plan de mejoramiento, registrarlos en el ERP establecido por la entidad y entregar los respectivos expedientes de avance y cumplimiento, dentro de los términos establecidos para su evaluación, análisis y dictamen.

#### 10. Cronograma

Las fechas estimadas para el desarrollo de este trabajo son las siguientes:

Actividad	Cronograma
Reunión de Socialización de inicio de la auditoría	Fecha: 23/03/2026 Hora: 8:00 a.m. Lugar: Oficina 211
Planeación de la Auditoría	Fecha: 23/03/2026 Servicio a sede proceso por Comité asesorado a por chat del Teams
Reunión de apertura	Fecha: 24/03/2026 Hora: 8:30 a.m.
Ejecución de la Auditoría	Fecha: 24/03/2026 Hora de inicio: 8:00 a.m. Hora fin: 11:00 a.m. Lugar: In situ del proceso
Socialización informe preliminar	Fecha: 27/03/2026 Hora: 11:00 a.m.
Emisión de informe final	Fecha: 30/03/2026
Entrega de plan de mejoramiento (SI aplica o no)	Fecha: 06/04/2026
Seguimiento plan de mejoramiento (SI aplica o no)	Fecha: 07/05/2026

+ (57) (4) 540 90 40 / 01 8000 413522  
Edificio Estación Medellín - Ferrocarril de Antioquia  
Carrera 52ª # 43 - 31, Oficinas 204 y 205, Medellín, Antioquia  
www.corporaciongilbertocheverri.gov.co

IDEA Fundación epm

## INFORME FINAL

### OBJETIVO

Verificar la efectividad de los controles establecidos para mitigación de los riesgos del proceso de Planeación Estratégica, con el propósito de retroalimentar al profesional encargado del proceso de Planeación Estratégica 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, programas y proyectos.

### ALCANCE

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial in la sala 211, 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 oficina de Planeación Estratégica 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 Planeación Estratégica
- Operación por Proceso Planeación Estratégica
- Indicadores Proceso de Planeación Estratégica
- 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

## INFORME FINAL

- 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 Profesional de Planeación Estratégica 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 a través del documento emitido la importancia de que, los reportes y evidencias suministradas por el área de Planeación Estratégica 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 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 incorporará 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.



## INFORME FINAL

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  
Números aplicables de la norma

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

**PRESENTACIÓN DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN AL PROCESO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 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**

+ (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](http://www.corporaciongilbertocheverri.gov.co)



Fundación **epm**








## INFORME FINAL

**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 Imagen e 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 en 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 FINAL

**MATRIZ DE VALORACION BASADA EN RIESGOS - PLANEACIÓN INSTITUCIONAL 2025 - 2026**

	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
1	Pérdida de Confidencialidad	Alto	SI	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, accesibilidad propia de Planeación Institucional. Presentación de la información en forma clara y acorde a los 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.		No existe Hallazgo Cumple
2	Pérdida de Disponibilidad de la Información	Extremo	SI	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, se encuentra vacnat el cargo de profesional de las TICs, actualmente en busquead del perfil que cumpla con ls requerimientos de la Corporación. Fortalecido en la ejecución de los controles establecidos, para el cumplimiento del procedimiento "Caracterización del proceso Planeación Institucional". 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 2025. Aplicación adecuada del control establecido en el procedimiento "Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión", para 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.		No existe Hallazgo Cumple. Presentan evidencias a preguntas formuladas.
3	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. Presentan evidencias en el cuestionario.
4	Direccionamiento indebido del nivel decisorio, en la vinculación de personal, celebración de convenios o toma de decisiones en beneficio propio o de un tercero.	Extremo	SI	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.		No existe Hallazgo Cumple
5	Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas establecidas en el Plan de acción 2026.	Extremo	SI	Cumplimiento en general de las actividades y controles establecidos para el procedimiento de Planificación Presupuestal, según los Planeación Institucional a ejecutar por cada vigencia o a demanda por los entes cooperantes. 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. 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, este plan fue presentado en el año 2026.		No existe Hallazgo Cumple
6	Inadecuada gestión de procesos y generación de productos/servicios	Alto	SI	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.		No existe Hallazgo Cumple

## INFORME FINAL

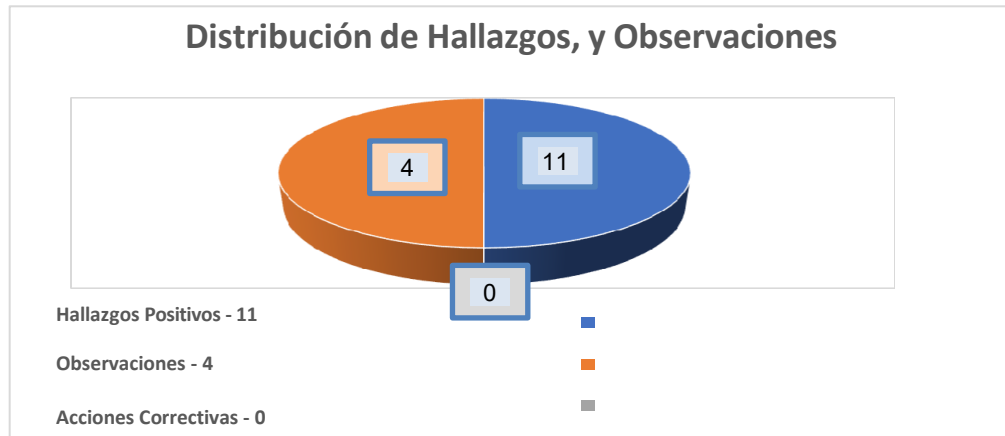
7	Evaluación, Control y Mejora	Alto	SI	Se denota que los los indicadores del proceso requieren de ajustes en las fichas técnicas donde se conserve una mayor proporcionalidad entre lo planteado versus el resultado, a pesar de tener la estructura de la ficha en todos los procesos auditados esta debe ir más encaminada hacia la línea base de su estructura para la construcción, y no dejar cifras con datos en cero o datos vacíos que no permiten claridad en la interpretación de estos, (cuando se habla de lo cuantitativo), ya que este valor desdibuja la realidad del indicador, y por ente podrá afectar la imagen reputacional.		Se deja como observación, acogida por el personal auditado.
				Se evidencian Procesos y procedimientos desactualizados, falta articulación entre Planes, Programas y Planeación Institucional según lo definido por el ente Gubernamental o los Planes Institucionales.		Se deja como observación
				Se observan documentos con informacion incompleta la cual es publicada para consulta tanto a nivel interno como externo, se deben organizar los datos de tal forma que no se dejen vacios o caracteres no identificados en resoluciones o procesos.		Se deja como observación
				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 Oficina de Planeación Institucional y demás personal involucrado dentro de los procesos emitidos hacia terceros o internos, con lo cual se evita el riesgo de plagio y desgastes administrativos en el evento de una vulneración documental.		Se deja como observación

### Conclusiones y Recomendaciones Generales

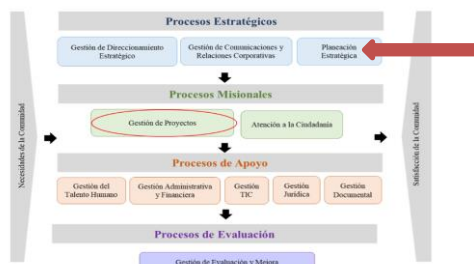
- Es valioso resaltar la disposición y colaboración de los funcionarios que hicieron parte en la realización de las entrevistas de manera presencial y el aporte de información que permitió verificar los controles establecidos en el proceso de Planeación Estratégica.
- En la auditoria efectuada al proceso de Planeación Estratégica se dejaron como evidencia de lo auditado Once (11) hallazgos positivos, cero (0) acciones correctivas y dos (4) observaciones las cuales fueron socializados y aceptadas por el profesional de Planeación Estratégica quien lidera el actual proceso, resaltando en ello la proactividad y disponibilidad para resolverlas de manera inmediata, se evidencio por parte de la auditoría la aplicabilidad adecuada a la normatividad vigente y de los controles establecidos en el proceso del SGI, el cual aún no se encuentra certificado por ningún ente externo; 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 negativos; por lo tanto,

## INFORME FINAL

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, y que fueron tratados en la reunión y desarrollo de la auditoria al proceso de Planeación Estratégica.



Es importante resaltar que acorde a la lectura de documentos históricos (antes del 2025) por parte de la auditoría interna para la presente vigencia (2026-2029) 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 como la Corporación a traves de todas sus dependencias ha ido avanzando 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, reflejadas en el mapa de procesos de la organización.




## INFORME FINAL

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 Estratégica, a través del profesional 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 Estratégica 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
<b>Acta de Reunión</b> <b>COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO</b> <b>Acta N 1</b> <b>de la vigencia 2026</b>		
<b>Identificación</b>		
Objetivo	Revisar y aprobar el plan de auditorías de control interno para la vigencia 2026.	
Fecha	28/01/2026	
Lugar	Oficina 206	
<b>Integrantes Comité Institucional de Gestión y Desempeño-CIGD</b>		
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	
<b>AGENDA</b>		
1	✓ Revisión y aprobación del plan de auditorías de control interno para la vigencia 2026.	
2	✓ Proposiciones y varios	

Es importante mencionar que el Proceso de Planeación Estratégica bajo la guía metodológica colaboración y Coordinación del profesional adscrito a planeación Institucional se encuentra adelantando el Proyecto de “Rediseño de Procesos Institucionales con la entidad ICONTEC”, lo cual contempla la revisión a la caracterización, procedimientos, guías, políticas, indicadores, y manuales, entre otros, por lo tanto 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

## INFORME FINAL

documentos base para la construcción integral del proyecto.

Durante la vigencia 2025 (Alcance de la auditoría), se observa en general un adecuado cumplimiento al proceso de Planeación Estratégica, de tal forma que se emite la conformidad en relación con el desempeño a cada una 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://corporaciongilbertocheverri.gov.co/transparencia-acceso-a-la-informacion/>  
<https://corpoeducacionsuperior.sharepoint.com/:f:/r/sites/CFES/Compartidas/Procesos/03.%20Planeaci%C3%B3n%20Estrat%C3%A9gica?csf=1&web=1&e=k5KetR>

*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 en los diferentes planes y programas, contando siempre con la autorización de la alta dirección o ente competente para ello.*

*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 estratégica; 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.*

## INFORME FINAL

### RESPUESTA O COMENTARIOS PLANTEADOS DENTRO DE LA AUDITORIA, POSTERIOR AL INFORME PRELIMINAR.

El día Abril 24 de 2026, se recibe respuesta integral por parte del líder del proceso de Direccionamiento estratégico, y Planeación Institucional, donde convergen las respuestas a las observaciones planteadas en PRO de la mejora Continua.

Es importante resaltar la proactividad de parte del equipo de la Dirección Ejecutiva donde se presenta la validez suficiente para continuar con el buen desempeño en cada uno de los indicadores planteados dentro del Plan de Acción y Plan de Gestión en la vigencia actual, lo cual va alineado con el Plan de Desarrollo “Por Antioquia Firme”, elaborado por la Gobernación de Antioquia para el cuatrienio 2024 -2027, estructurado bajo las líneas del Bienestar para todos los habitantes del Territorio Antioqueño.

Desde la Dirección Ejecutiva con el acompañamiento de Planeación institucional como integrantes del equipo de trabajo, se da respuesta entonces en los siguientes términos:

**OBSERVACION 1. INDICADORES (Resuelta):** Desde el proceso de Planeación Institucional, en concordancia con el direccionamiento establecido por la Dirección Ejecutiva y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se asume el compromiso institucional con el mejoramiento continuo del sistema de gestión estratégica, garantizando la alineación metodológica entre el Plan Estratégico, el Plan de Acción de la entidad y el Plan de Desarrollo Departamental. Esta articulación normativa ha permitido diseñar e implementar un enfoque de gestión más dinámico y realista para el seguimiento de indicadores, superando la visión meramente cuantitativa de cumplimiento para adoptar una perspectiva basada en la valoración de avances por actividades ejecutadas, alineada con el modelo de gestión que presenta la Secretaría de Educación en este nuevo periodo de transición.

En tal sentido, durante la vigencia en curso se incorporó en el Plan de Acción institucional una metodología de ponderación por actividades o acciones específicas para cada indicador estratégico, lo cual permite evidenciar avances parciales proporcionales en los seguimientos trimestrales o periódicos, incluso cuando la meta final del indicador contemple proyecciones de cumplimiento a mediano o largo plazo. Esta aproximación técnica garantiza que los reportes de seguimiento reflejen fielmente el esfuerzo institucional y los progresos operativos alcanzados en los diferentes frentes de acción, evitando así la presentación de valores en cero que, como correctamente señala la Oficina de Control Interno, desdibujan la realidad del desempeño organizacional y pueden generar impactos negativos en la imagen institucional.

Es pertinente precisar que la situación de registros en cero en periodos anteriores 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

## INFORME FINAL

establecidas. Esta práctica fue revisada y ajustada en coordinación con la alta dirección, permitiendo ahora documentar de manera transparente y técnicamente sólida los avances intermedios que contribuyen al logro de los objetivos estratégicos, mediante la consolidación de evidencias por acciones ponderadas que demuestran el progreso efectivo hacia las metas institucionales.

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 del proceso.

### **OBSERVACIONES 2 y 3. PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS**

**(Resueltas):** Desde el proceso de Planeación Institucional, en articulación con la Dirección Ejecutiva y las demás áreas misionales de la entidad, se coordina el avance en la exploración y eventual implementación de la Norma ISO 9001 como eje fundamental de estandarización de sistemas y procesos. Esta iniciativa estratégica permitirá establecer un marco de gestión basado en criterios de calidad internacional, que trasciende la mera actualización documental para consolidar un sistema integrado de gestión que incluya la documentación técnica de indicadores, el seguimiento por acciones ponderadas y la eliminación de prácticas operativas que no reflejen fielmente la realidad del desempeño organizacional, contribuyendo así al mejoramiento continuo y al fortalecimiento de la imagen institucional ante los entes de control y la ciudadanía.

La adopción de esta norma implica, además, la revisión y actualización sistemática de las caracterizaciones de procesos, formatos, manuales operativos y, en general, toda la documentación asociada a cada procedimiento institucional, lo cual permitirá contar con repositorios documentales estandarizados que respondan a parámetros técnicos robustos y uniformes. Esta estandarización integral redundará en una disminución efectiva de las inconsistencias formales, tales como errores en fechas o numeración de documentos publicados, facilitando los procesos de verificación y control interno, al contar la entidad con procedimientos claramente definidos y documentación estructurada conforme a los estándares de calidad reconocidos internacionalmente

**OBSERVACION 4. FIRMA ELECTRONICA (En proceso):** Desde el proceso de Planeación Institucional, en consonancia con el direccionamiento estratégico definido por la Dirección Ejecutiva y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se asume el compromiso con el mejoramiento continuo de los mecanismos de gestión documental, particularmente en lo concerniente a la adopción de herramientas

## INFORME FINAL

tecnológicas que prevengan la vulneración en la emisión de documentos firmados por la alta dirección y proyectados desde planeación institucional o en el que este proceso participe, mitigando riesgos de plagio y desgastes administrativos derivados de posibles vulneraciones.

En la actualidad, los procesos de la entidad cuentan con la definición de roles específicos para validaciones y verificaciones previas que operan como barreras preventivas contra la suplantación de firmas. Sin embargo, consciente de la necesidad de fortalecer estos controles mediante soluciones tecnológicas robustas, se informa que durante la presente vigencia se ha avanzado significativamente, a través de TREDA, en la implementación de la firma certificada para la Dirección Ejecutiva. Este desarrollo ha incluido reuniones técnicas y capacitaciones con el proveedor especializado, además de las parametrizaciones en curso para la definición de roles, rutas de aprobación y flujos documentales que garantizarán la seguridad y trazabilidad del sistema.

Una vez culminada la implementación, la herramienta permitirá garantizar la no repudiación, autenticidad e integridad de los documentos firmados por los funcionarios autorizados, eliminando los riesgos de vulneración señalados y respondiendo a las mejores prácticas del sector en materia de firma electrónica y gestión documental. La coordinación entre Planeación Institucional y la Dirección Ejecutiva continuará el seguimiento riguroso de este proyecto hasta su completa operatividad.

Configuración de Hallazgos (para tramite de entes de control si es pertinentes o Dirección Ejecutiva) y Observaciones.

Item	Tipo de hallazgo	Cantidad
1	Administrativos	0
<b>Incidencias</b>		
2	Disciplinarios	0
3	Penales	0
4	Fiscales (Pesos \$)	0
5	Sancionatorios (Recomendar)	0
<b>Fuente: Papeles de Trabajo soporte de la Auditoría al proceso de Planeación Institucional</b> 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 el presente informe desde la página 12 del documento emitido, se deja una observación con un avance significativo (75%), la cual tiene que ver con la firma electrónica (Legaltech).