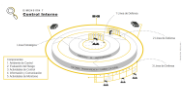
Nombre de la Entidad:	Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional Humberto Velasquez Garcia INFOTEP
Periodo Evaluado:	Primer semestre 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	100%

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	La institución ha logrado consolidar la integración de los componentes del Sistema de Control Interno, mediante la implementación efectiva del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), lo cual ha contribuido significativamente al desarrollo organizacional. Esta implementación se articula con la operatividad de un modelo institucional basado en procesos, en concordancia con la certificación en la norma ISO 9001 del Sistema de Gestión de la Calidad. Para garantizar la sostenibilidad y continuidad del modelo, la institución reglamentó el funcionamiento del Comité Institucional del Sistema de Coordinación de Control Interno a través de la Resolución Rectoral No. 265 del 19 de diciembre de 2017. Posteriormente, se constituyó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual define de manera clara los objetivos, principios, estructura organizativa, dimensiones operativas, políticas, roles y responsabilidades, en coherencia con los referentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Estos comités han sido formalizados mediante actos administrativos que evidencian la adopción e institucionalización tanto del MECI como del MIPG, permitiendo su integración funcional en los diferentes niveles de la organización. Como resultado, se asegura el cumplimiento de los componentes del MECI en el marco de las actuaciones institucionales, promoviendo una gestión orientada a la transparencia, la eficiencia y la mejora continua.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La efectividad del Sistema de Control Interno en la institución se refleja en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos trazados, gracias a la implementación articulada del Sistema de Gestión de la Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno (MECI). El Sistema de Control Interno en la institución es efectivo, permitiendo cumplir con los objetivos propuestos2025/07/29; teniendo en cuenta, que en la IES INFOTEP se trabaja por el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, direccionada a un modelo de operación por procesos, que contribuye con el fortalecimiento organizacional
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	La adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, como Modelo Único de Gestión, en la IES-INFOTEP de Ciénaga, permitió identificar las líneas de defensa; mediante la Resolución Rectoral No. 026 de 2018 se dio lugar a la institucionalidad del modelo, que adquirió legalidad con la conformación de Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante Resolución Rectoral No. 035 del 7 de marzo de 2018. Esto ha permitido la reglamentación del sistema y por ende la toma de decisiones a partir de los niveles de responsabilidad.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	100%	La articulación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) ha sido fundamental para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno en la institución. La adopción de estas herramientas de gestión se realizó mediante resolución, promoviendo la cultura del control y autocontrol, y contribuyendo al logro de los objetivos y metas institucionales. En este sentido, la implementación del modelo de operación por procesos ha favorecido el fortalecimiento de la IES. En cumplimiento de lo establecido por el legislador, se estructuraron y aprobaron en un 100% por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los siguientes planes: Plan de Acción Institucional, Plan Estratégico del Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación 2025, Plan Institucional de Bienestar y Estímulos, Plan de Incentivos Institucionales, Plan Anual de Vacantes y Previsión de Recursos Humanos, Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2025, Plan Anual de Adquisiciones 2025, Plan de Desarrollo Institucional 2023–2028: "Más oportunidad para la gente"; A todos los planes mencionados se les hace seguimiento en cumplimiento del esquema de las líneas de defensa. Cabe destacar que, respecto al Programa de Transparencia y Ética Pública, correspondiente a la presente vigencia, en reunión del CISCCI realizada el 14 de mayo de 2025, se aprobó su modificación. Asimismo, la Política de Administración del Riesgo, adoptada mediante Acuerdo 015 del Consejo Directivo, fue ajustada en concordancia con la Guía de Administración del Riesgo V06. En cuanto al estado general de ingresos, gastos e inversión correspondiente a la vigencia 2025 y sus históricos, en cumplimiento con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normativas vigentes, estos se encuentran publicados en la página web institucional: Presupuesto general de ingresos, gastos e inversión y Gestión financiera y estados financieros Finalmente, el Plan Anual de Auditoría fue aprobado por el Comité Institucional del Sistema de Coordinación de Control Interno el 29 de enero de 2025. En el marco de la gestión institucional del riesgo, se adelantó la valoración correspondiente dando cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo, ajustada conforme a los lineamientos establecidos por la Guía para la Administración del Riesgo y el Establecimiento de Controles en las Instituciones Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Esta política articula de manera integral los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, en consonancia con la estructura del Sistema de Gestión Integrado. La política fue adoptada por el Consejo Directivo mediante el Acuerdo 015, y aprobada por el Comité Institucional del Sistema de Coordinación de Control Interno (CISCCI), garantizando su alineación con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).	1%	**La articulación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con el Modelo Estándar de Control Interno, ha sido fundamental, para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno en la institución; la adopción de estas herramientas de gestión se hizo mediante Resolución, promoviendo la cultura del control y autocontrol, contribuyendo el logro de los objetivos y metas institucionales. Es así como, la implementación del modelo de operación por procesos, ha contribuido con el fortalecimiento de la IES; cumpliendo con lo establecido por el legislador, se estructuraron y aprobaron en un 100% en el Comité Institucional de Gestión y desempeño los Planes de: Acción institucional, Plan Estratégico del Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación 2024, Plan institucional de Bienestar y Estimulos, Plan de incentivos Institucionales, Plan Anual de vacantes y previsión de Recursos Humanos y Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024, como también los planes de: Desarrollo institucional 2023-2028 "más oportunidad para la gente", Programa de Transparencia y Ética pública, y el Plan Anual de Adquisiciones 2024, éstos planes, se les hace monitoreo y seguimiento. La Política de Administración del Riesgo, adoptada mediante acuerdo 015 del Consejo Directivo, ajustada, en acorde con la Guía de Administración del Riesgo V06. Referente, al estado general de ingresos, gastos e inversión, correspondiente a la vigencia 2024 y los históricos, cumpliendo con la Ley de transparencia y acceso a la información y demás normativa que la regula, se publican en la página web institucional https://www.infotephvg.edu.co/presupuesto-general-de-ingresos-gastos-e-inversion/ , igualmente, los estados financieros publicados en la web institucional https://www.infotephvg.edu.co/gestion-financiera-ies-infotep/; el plan anual de Auditoria aprobado por el Comité institucional del Sistema de Coordinación de Control interno, el 17 de febrero de 2024.**	99%
Evaluación de riesgos	Si	100%	El tratamiento y evaluación de los riesgos se encuentra reglamentado en la Política de administración de riesgos institucional y en el Procedimiento de Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos, el cual contempla tanto la identificación y valoración de riesgos como el establecimiento y seguimiento de los controles asociados. Este proceso incluye la verificación de la efectividad de los controles, con el propósito de mitigar los riesgos, prevenir su materialización y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales. A través de los ejercicios de auditoría interna y evaluación independiente, se ha verificado la actualización y ejecución de las actividades propias de los procesos y dependencias responsables del control de riesgos. En este contexto, se destaca el seguimiento al tercer cuatrimestre del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024 y al primer cuatrimestre de 2025. En cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, esta información ha sido publicada en los portales institucionales correspondientes a las secciones de transparencia, atención al ciudadano y participa. No obstante, se identifica como aspecto crítico la debilidad en el seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción por parte de la primera línea de defensa, así como en la medición de los indicadores asociados. Esta situación representa un área de mejora prioritaria para el fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo y la consolidación de una cultura institucional de autocontrol.	1%	**Para la Valoración de los Riesgos, se tuvo en cuenta el cumplimiento de la Política de Administración de Riesgo institucional, ajustada, de acuerdo a los parámetros establecidos por Guía para la administración del riesgo y el establecimiento de Controles en las instituciones Públicas del DAFP, la cual, articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital y la estructura del Sistema de Gestión Integrado; aprobada por el Consejo directivo, mediante, acuerdo 015, y aprobada en el CISCC, y en concordancia con los parámetros establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). Así mismo, el tratamiento y evaluación de Riesgos", está reglado en el Procedimiento de "Monitoreo y Evaluación del Mapa de riesgos", como también el manejo y establecimiento de los controles, a través, de la verificación de la efectividad de los mismo, con el fin de mitigar los riegos, evitar su materialización, en procura de alcanzar los objetivos estratégicos. Con las Auditoria Interna y la Evaluación independiente, se puede verificar la actualización y cumplimiento de las actividades realizadas en los procesos y/o dependencias responsables del manejo efectivo de los controles, Seguimiento al segundo y tercer cuatrimestre del Programa de transparencia y ética pública 2024; cumpliendo con la ley de transparencia y acceso a la información se publica la información en los link de trasparencia, atención al ciudadano y participa, donde corresponda. Existe debilidad en el seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción por parte de la primera y segunda línea de defensa y en la medición de los indicadores**	99%
Actividades de control	Si	100%	La Política de Administración del Riesgo, ajustada y adoptada por el Consejo Directivo mediante el Acuerdo No. 015, constituye una herramienta fundamental para la identificación, tratamiento y control de los riesgos institucionales, con el propósito de minimizar su impacto y garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos. En desarrollo de esta política, el Procedimiento de Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos establece claramente las responsabilidades asignadas a las tres líneas de defensa institucionales en relación con el tratamiento, evaluación y seguimiento de los riesgos. Asimismo, define los mecanismos para verificar la efectividad de los controles establecidos en la caracterización de procesos y en los respectivos Mapas de Riesgos. Como parte del proceso de evaluación independiente, la Oficina de Control Interno (OCI), en cumplimiento de su rol evaluador, llevó a cabo una revisión sistemática del cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo. Esta evaluación incluyó la verificación del tratamiento de los riesgos y del seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). También se evaluó el manejo efectivo de los controles documentados en los informes de monitoreo y evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y del Mapa de Riesgos de corrupción. Adicionalmente, la OCI realizó seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública 2025, en cumplimiento de los principios de integridad, rendición de cuentas y acceso a la información. No obstante, se identifican debilidades persistentes en la gestión del riesgo por parte de la primera línea de defensa, particularmente en lo relacionado con el seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción, así como en la medición efectiva de los indicadores asociados. Esta situación representa un reto para el fortalecimiento del control interno y de la cultura de autocontrol, y debe ser atendida como prioridad institucional para garantizar una gestión de riesgos sólida y sostenible.	21%	**La política de Administración de Riesgos, ajustada y adoptada por el Consejo Directivo, mediante acuerdo No 015, con el fin de minimizar los riesgos, en procura de cumplir con los objetivos estratégicos y de procesos, la Institución. En el procedimiento de "Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos", están determinadas, la responsabilidad que le corresponde ejecutar a las líneas de defensa, sobre el tratamiento y evaluación de los riesgos, como también la efectividad de los controles establecidos en la caracterización y Mapa de Riesgos. Así mismo, como resultado de la Evaluación Independiente, realizada por la OCI, quien, cumpliendo con el rol de evaluador independiente, verifica el cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo, el tratamiento de los riesgos y del seguimiento de éstos, realizado por la primera y segunda línea de defensa, acorde con lo establecido por MIPG, respecto a la administración del riesgo, y el manejo efectivo a los controles establecidos en los procesos, documentados en los informe de Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos por Procesos y de corrupción. Igualmente, realiza seguimiento al Programa de Transparencia y Ética pública 2024. Existe debilidad en el seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción por parte de la primera línea de defensa y en la medición de los indicadores**	79%
Información y comunicación	Si	100%	La información y comunicación en la institución, fluye de manera articulada; el proceso de Comunicación institucional, documentado en procedimientos, manual de Comunicación, Política de comunicación políticas de operación, proceso de TI, documentos publicados en la página web institucional. Así mismo, el equipo de TI, actualizo los manuales y guías de los sistemas de información institucionales actualmente se encuentran publicados en la página web institucional la meta indicaba que se debían elaborar 5 instructivos sin embargo se realizaron 10, así mismo se informa que estos instructivos han sido socializados con la comunidad, a continuación, los nombres de los instructivos. Con la Implementación del Modelo de Seguridad y privacidad de la información, Se definieron controles alineados a la norma ISO 27001 seguridad de la información en la organización, para mitigar y prevenir riesgos, así mismo se fijó la política para el tratamiento de datos personales a través del acuerdo de consejo directivo No 014 de 2020. Con la adopción de la Política de Tratamiento y protección de Datos Personales, y la actualización de la página web institucional, bajo la premisa de divulgación de la información, con el propósito que la información institucional sea conocida por la comunidad educativa y partes interesadas, cumpliendo con la ley 1474 ley de transparencia y acceso a la información pública. Debilidad en la Aprobación de la TRD, por parte del Comité de Archivo Departamental, fue enviada al comité de archivo departamental, por el momento no ha sido aprobada.	10%	**La información y comunicación en la institución, fluye de manera articulada; el proceso de Comunicación institucional, documentado en procedimientos, manual de Comunicación, Política de comunicación políticas de operación, proceso de TI, documentos publicados en la página web institucional. Así mismo, el equipo de TI, actualizo los manuales y guías de los sistemas de información institucionales actualmente se encuentran publicados en la página web institucional la meta indicaba que se debían elaborar 5 instructivos sin embargo se realizaron 10, así mismo se informa que estos instructivos han sido socializados con la comunidad, a continuación, los nombres de los instructivos. Con la Implementación del Modelo de Seguridad y privacidad de la información, Se definieron controles alineados a la norma ISO 27001 seguridad de la información en la organización, para mitigar y prevenir riesgos, así mismo se fijó la política para el tratamiento de datos personales a través del acuerdo de consejo directivo No 014 de 2020. Con la adopción de la Política de Tratamiento y protección de Datos Personales, y la actualización de la página web institucional, bajo la premisa de divulgación de la información, con el propósito que la información institucional sea conocida por la comunidad educativa y partes interesadas, cumpliendo con la ley 1474 ley de transparencia y acceso a la información pública. Debilidad en la Aprobación de la TRD, por parte del Comité de Archivo Departamental, fue enviada al comité de archivo departamental, por el momento no ha sido aprobada**	90%
Monitoreo	Si	100%	Las funciones y actuaciones de la Oficina de Control Interno (OCI) se encuentran definidas por la Ley 87 de 1993, así como por los lineamientos establecidos en los procedimientos del proceso de Gestión de Evaluación y Control, el Plan de Acción del proceso, el Plan Anual de Auditoría y el Manual de Auditoría. Todos estos documentos han sido debidamente aprobados en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CISCCI), garantizando su legitimidad y alineación normativa. El Plan Anual de Auditoría 2025 fue aprobado formalmente por el Comité en sesión realizada el 29 de enero de 2025, tal como consta en las actas No. 01 y No. 02, las cuales reposan en los archivos oficiales de la OCI. Este plan establece las auditorías programadas y las actividades de evaluación independiente previstas para el período. Durante la vigencia 2025, la OCI ha realizado auditorías internas e informes de evaluación independiente a los procesos de Gestión Financiera, Gestión de Bienes y Servicios, Dirección de Tecnología Informática y Contratación. Asimismo, se efectuaron revisiones específicas a los procedimientos de caja menor y equivalentes, además de la elaboración y presentación de informes de: Seguimiento a indicadores institucionales, Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción Y Seguimiento cuatrimestral al Programa de Transparencia y Acceso a la Información 2025 En consonancia con el modelo de operación por procesos, la institución ha implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las responsabilidades de la segunda línea de defensa, generando información clave y oportuna para el proceso de toma de decisiones y fortalecimiento del Sistema de Control Interno. Cabe destacar que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, creado mediante Resolución Rectoral, se mantiene vigente y cumple funciones ajustadas a lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017 y demás normatividad aplicable. Su operatividad ha sido esencial en la articulación de las funciones de control, evaluación, seguimiento y mejora continua dentro del marco de MIPG y MECI.	5%	**Las actuaciones de la oficina de control interno están establecidas en los procedimientos del proceso de Gestión de Evaluación y Control, como también, en el Plan de Acción del proceso, Plan de Auditoria y Manual de Auditoria, documentos aprobados en el comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el plan de Auditoria lo aprueba anualmente el Comité Institucional del Sistema de Coordinación de Control Interno; igualmente El plan de Auditoria correspondiente a la vigencia 2024 fue aprobado en reunión del CISCCI, el 17 de febrero de 2024, las actas reposan en la oficina de control Interno. La Evaluación independiente y/o auditoría interna a los siguientes procesos: Gestión Financiera, Talento Humano, Gestion de Bienes y servicios, Dirección de Tecnología Informática, Registro y Control Académico, Contratación y Biblioteca; realización de Auditorías a caja y su equivalente, como también la elaboración y presentación de los informes de Seguimiento a: Indicadores, Monitoreo y Evaluación del Mapa de Riesgos por procesos y de corrupción, Informes de seguimiento cuatrimestral al Programa de Transparencia y Acceso a la información 2024. La institución al estar definida en un modelo de operación por procesos ha implantado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la segunda línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. Es de resaltar que, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno que se constituyó mediante Resolución Rectoral sigue vigente a la fecha y; sus funciones están armonizadas atendiendo los Decretos 648 de 2017 y demás normas.**	95%