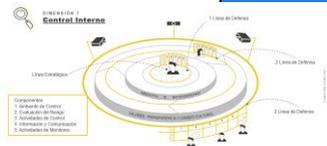


|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nombre de la Entidad: | INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA-IDEAR |
| Período Evaluado:     | II SEMESTRE VIGENCIA 2024               |



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

63%

**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 | El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) está presente y operando de manera articulada en el Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR), orientado hacia la mejora continua en la implementación del Sistema de Control Interno. Durante el período analizado, se evidenció el ejercicio efectivo del rol de seguimiento y evaluación, lo que demuestra el compromiso institucional con el fortalecimiento de los procesos de control y supervisión. No obstante, resulta fundamental avanzar en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), asignando a la Oficina de Planeación la responsabilidad de ejercer su función como segunda línea de defensa, garantizando un enfoque estratégico que promueva la gestión integral del desempeño institucional y el cumplimiento de los objetivos organizacionales.  |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):  | Si | El sistema de control interno del Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR) muestra efectividad, con oportunidades de mejora claramente identificadas. El compromiso de todas las líneas de defensa ha sido clave para avanzar y consolidar el sistema como una responsabilidad colectiva. La línea estratégica asume un rol fundamental, garantizando las condiciones mínimas para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno, conforme a la normativa vigente. En este contexto, se enfatiza el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Riesgos, mediante la implementación de controles efectivos que mitiguen la materialización de riesgos. El Comité Institucional de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño operan en concordancia con las disposiciones establecidas por la Función Pública, cumpliendo un papel esencial en la gobernanza y control organizacional. Asimismo, se mantienen vigentes planes de mejoramiento, particularmente aquellos derivados de auditorías internas y externas, lo que evidencia el compromiso institucional con la mejora continua y la eficiencia operativa. |
| 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 | El Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR) cuenta con una estructura organizada que responde al modelo de líneas de defensa del Sistema de Control Interno, lo que facilita la toma de decisiones informadas en materia de control. Esta institucionalidad permite distribuir responsabilidades claras y garantizar una supervisión efectiva de las actividades operativas y estratégicas de la entidad. El funcionamiento del Comité Institucional de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño refuerza la institucionalidad necesaria para la evaluación, monitoreo y retroalimentación del sistema. No obstante, se requiere un mayor compromiso de la alta gerencia y su equipo directivo para fortalecer la cultura del control, optimizar la toma de decisiones y mitigar riesgos de manera efectiva.   |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
|------------|---|----------------------------------|--|--|---|-----------------------------|
|------------|---|----------------------------------|--|--|---|-----------------------------|

|                            |    |   |   |                   |
|----------------------------|----|---|---|-------------------|
| Ambiente de control        | SI | <p><b>50%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Falta de respaldo por parte de la Alta Dirección para la implementación del Sistema de Control Interno.</li> <li>Deficiente manejo de información confidencial: No existen mecanismos efectivos para detectar prevenir el uso inadecuado de información privilegiada.</li> <li>Inadecuada revisión de reportes financieros: La Alta Dirección presenta dificultades para analizar procesar la información relacionada con la generación de reportes financieros, lo que limita la toma de decisiones basada en datos.</li> <li>Falta de definición de roles en actividades de control: Las responsabilidades en las actividades de control no están claramente establecidas, vacíos operativos.</li> <li>Obstáculos para realizar la evaluación de recursos humanos.</li> <li>Carencia de política de administración de riesgos: No se cuenta con una política de administración de riesgos acorde con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y el Diseño de Controles en Entidades Públicas.</li> <li>Desatención ante situaciones irregulares: La Alta Dirección no actúa frente a posibles incumplimientos al Código de Integridad, lo que afecta la cultura organizacional y la confianza institucional.</li> <li>Ausencia de política para la Gestión del Conocimiento: La falta de lineamientos claros en este aspecto limita el aprendizaje organizacional y la transferencia de información crítica.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Socialización del Código de Integridad: El Instituto ha promovido la difusión del Código de Integridad entre sus colaboradores, fomentando una cultura organizacional basada en principios éticos y buenas prácticas.</li> <li>Evaluación continua de la estructura de control: Se lleva a cabo un análisis permanente de los cambios en procesos, procedimientos y herramientas, con el fin de garantizar su correcta formulación y la adecuada gestión de riesgos.</li> <li>Definición y documentación del esquema de líneas de defensa: El Instituto cuenta con un esquema de líneas de defensa claramente definido y documentado, lo cual contribuye a una supervisión efectiva y articulada de los riesgos.</li> <li>Actualización de la estructura de control: Se realizan esfuerzos para ajustar y mejorar la estructura de control interno en respuesta a cambios organizacionales, con el propósito de asegurar su alineación con</li> </ol> | <p><b>52%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Poco apoyo por parte del Representante Legal para garantizar el desarrollo de las funciones de Control Interno.</li> <li>No existe una política para el proceso de Gestión del Conocimiento.</li> <li>No existe un mecanismo de detección y prevención del uso inadecuado de la información privilegiada.</li> <li>Deficiencia por parte de la Alta Dirección para analizar la información asociada con la generación de reportes financieros.</li> <li>Deficiencia en la identificación de roles en las actividades de control establecidas por la entidad.</li> <li>La profesional de Talento Humano y la Asesora Jurídica no permitieron realizar la evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso permanencia y retiro de personal.</li> <li>No está definida la política de Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y el Diseño de Controles en Entidades Públicas).</li> <li>La Alta Dirección hace caso omiso ante situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Socialización del código de integridad del Instituto.</li> <li>Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.</li> <li>Se encuentra definido y documentado del Esquema de Líneas de Defensa.</li> <li>Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.</li> </ol>   | <p><b>-2%</b></p> |
| Evaluación de riesgos      | SI | <p><b>51%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Falta de monitoreo de riesgos aceptados: La Alta Dirección no realiza un seguimiento efectivo de los riesgos aceptados.</li> <li>Ausencia de una política de gestión de riesgos: La política de riesgos no está debidamente alineada con la misión y los objetivos institucionales.</li> <li>Debilidades en la segunda línea de defensa: El jefe de la Oficina de Riesgos no consolida información clave para la gestión efectiva del riesgo ni implementa acciones que fomenten una cultura de gestión de riesgos.</li> <li>Análisis insuficiente de riesgos materializados: Falta de revisión y análisis de los riesgos que se han materializado, lo que impide la generación de acciones correctivas.</li> <li>La Alta Dirección no evalúa periódicamente si los objetivos establecidos siguen siendo consistentes y adecuado para la entidad.</li> <li>Falta de monitoreo de riesgos de corrupción: La Alta Dirección no implementa controles efectivos para la identificación y seguimiento de riesgos de corrupción.</li> <li>Deficiencias en la evaluación de controles: No se realiza una evaluación integral de las fallas en el diseño y ejecución de controles.</li> <li>Análisis limitado de riesgos externos: No se analizan adecuadamente los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que puedan afectar la prestación de servicios, ni se aprovechan los informes de las líneas de defensa.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Existencia de una Oficina de Riesgos: El Instituto cuenta con una unidad responsable de la identificación, evaluación y gestión de riesgos.</li> <li>Mapas de riesgos de procesos y corrupción: Disponibilidad de mapas que permiten visualizar y gestionar riesgos relevantes para la entidad.</li> <li>Consulta sistemática del SARLAFT: Se realiza la verificación de listas restrictivas para todas las personas vinculadas con la entidad, cumpliendo con las políticas de SARLAFT.</li> <li>El Instituto cuenta con manuales actualizados para SARM, SARO, SARC, SARL y SARLAFT, lo que facilita una gestión de riesgos integral.</li> </ol>   | <p><b>60%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La Alta Dirección no monitorea los riesgos aceptados, sus condiciones, su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.</li> <li>No existe una política de riesgo debidamente articulada con la misión y objetivos institucionales.</li> <li>El jefe de la oficina de Riesgos como 2a línea de defensa, no consolida información clave frente a la gestión del riesgo, ni implementa acciones para incentivar la cultura del Riesgo.</li> <li>La Alta Dirección no analiza los riesgos y en especial aquellos que se han materializado para generar acciones de mejora.</li> <li>La Alta Dirección no evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.</li> <li>La Alta Dirección no monitorea los riesgos de corrupción.</li> <li>La Alta Dirección no evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.</li> <li>La Alta Dirección no analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El Instituto cuenta con una Oficina de Riesgos.</li> <li>Se cuenta con el mapa de riesgos de procesos y de corrupción.</li> <li>Toda persona que tiene vínculos con el Idear se le realiza la consulta del SARLAFT.</li> <li>El Instituto cuenta con los manuales de SARM, SARO, SARC, SARL y SARLAFT.</li> </ol>  | <p><b>-9%</b></p> |
| Actividades de control     | SI | <p><b>71%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seguridad de la información: Falta una política tecnológica clara y definición de roles.</li> <li>Segregación de funciones:</li> <li>Ausencia de una adecuada separación de funciones, lo que eleva el riesgo operativo.</li> <li>Falta de experiencia: El jefe de riesgos carece de experiencia en el área.</li> <li>Atención a riesgos: Los eventos de riesgos reportados no son atendidos de manera oportuna.</li> <li>Aplicación de sanciones: No se aplican multas ni sanciones según la guía V6 del DAFP.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tercera línea de defensa: Evaluación independiente y recomendaciones para mitigar riesgos relacionados.</li> <li>Seguimiento interno: La Oficina de Control Interno evalúa la efectividad de manuales, procesos y controles.</li> <li>Gestión de riesgos: Seguimiento al mapa de riesgos</li> </ol>   | <p><b>63%</b></p> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La infraestructura tecnológica no cuenta con una política de seguridad de la información y algunos roles no están definidos.</li> <li>La entidad tiene deficiencia en la segregación de funciones en diferentes personas lo que aumenta el riesgo de error o de incumplimiento de alto impacto en la operación.</li> <li>El jefe de riesgo no posee experiencia en el área de riesgos.</li> <li>Los eventos de riesgos reportados no son atendidos con oportunidad.</li> <li>No se está aplicando las multas o sanciones establecidas en la guía para administración del riesgo V6 del DAFP.</li> </ol> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La tercera línea de defensa y como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, realiza recomendaciones para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.</li> <li>La Oficina de Control Interno realiza seguimiento y evaluación a los manuales, procesos, procedimientos y controles para evaluar su efectividad.</li> <li>La tercera línea de defensa realiza seguimiento al mapa de riesgos del Instituto.</li> </ol>   | <p><b>8%</b></p>  |
| Información y comunicación | SI | <p><b>55%</b></p> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El IDEAR cuenta con canales de comunicación activos y accesibles para las partes interesadas.</li> <li>Se publica información institucional en la página web, para dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014.</li> <li>Se cuenta con adecuados canales de comunicación interna (Intranet y boletines internos).</li> <li>Se avanza en la Organización de documentos, digitalización de documentos, diagnóstico integral de archivos, actualización de la versión de las tablas de retención documental de acuerdo con la nueva estructura organizacional y almacenamiento y custodia de información.</li> </ol> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Débil medición de la satisfacción del cliente interno y externo.</li> <li>Se deben reforzar las acciones relacionadas con el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 - Protección de datos.</li> <li>Mejorar la estrategia de rendición pública de cuentas, son deficientes las invitaciones a los grupos de valor lo cual se ve reflejado en la baja asistencia de invitados al proceso.</li> <li>El Instituto a pesar de haber desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes, se identifican fugas de información.</li> <li>Para la comunicación interna la Alta Dirección no tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).</li> <li>La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante. Sin embargo, los informes de PQRSDP no se presentan por la profesional de planeación como lo indica la ley 1755 de 2015.</li> <li>La entidad no analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</li> </ol>   | <p><b>55%</b></p> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El IDEAR cuenta con canales de comunicación activos y accesibles para las partes interesadas.</li> <li>Se publica información institucional en la página web, para dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014.</li> <li>Se cuenta con adecuados canales de comunicación interna (Intranet y boletines internos).</li> <li>Se avanza en la Organización de documentos, digitalización de documentos, diagnóstico integral de archivos, actualización de la versión de las tablas de retención documental de acuerdo con la nueva estructura organizacional y almacenamiento y custodia de información.</li> </ol> <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Débil medición de la satisfacción del cliente interno y externo.</li> <li>Se deben reforzar las acciones relacionadas con el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 - Protección de datos.</li> <li>Mejorar la estrategia de rendición pública de cuentas, son deficientes las invitaciones a los grupos de valor lo cual se ve reflejado en la baja asistencia de invitados al proceso.</li> <li>El Instituto a pesar de haber desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes, se identifican fugas de información.</li> <li>Para la comunicación interna la Alta Dirección no tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).</li> <li>La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante. Sin embargo, los informes de PQRSDP no se presentan por la profesional de planeación como lo indica la ley 1755 de 2015.</li> <li>La entidad no analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</li> </ol> | <p><b>0%</b></p>  |

|   |                                       |   |   |   |  |  |
|---|---------------------------------------|---|---|---|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Monitoreo</b></p> | <p style="text-align: center;">SI</p> | <p style="text-align: center;"><b>89%</b></p> | <p><b>Fortalezas:</b><br/> 1.El Plan Anual de Auditorías para 2024 fue aprobado en el CICI se ejecutó con un cumplimiento del 98%<br/> 2. La Asesora de Control Interno participa activamente en los comités y, en cumplimiento del Decreto 33 de 2019, emite alertas para prevenir actos de corrupción.<br/> 3. Durante 2023, se presentaron los informes requeridos por la ley y se realizó el seguimiento correspondiente, incluyendo:<br/> •Seguimiento al Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.<br/> •Informe de licenciamiento de software.<br/> •Informe sobre Austeridad en el Gasto.<br/> •Informe de evaluación institucional por dependencias.<br/> •Informe de Control Interno Contable, entre otros.<br/> 4. Se llevaron a cabo acciones de seguimiento, monitoreo y verificación en procesos críticos para prevenir riesgos.<br/> 5. Se realiza un seguimiento continuo a los planes de mejoramiento.</p> <p><b>Debilidades:</b><br/> 1. El Instituto no dispone de un software especializado para el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas.<br/> 2. Aunque se evalúa la información proporcionada por los usuarios (Sistema PORSDF) y otras partes interesadas para mejorar el Sistema de Control Interno, la línea estratégica no respalda adecuadamente estas acciones</p> | <p style="text-align: center;"><b>88%</b></p> | <p><b>Fortalezas:</b><br/> 1.El Plan anual de auditorías para la vigencia 2024, fue aprobado en el CICI y se está ejecutando.<br/> 2.La Asesora de Control Interno asiste a los comités y en cumplimiento del decreto 338 de 2019, emite las respectivas alertas, para prevenir actos de corrupción.<br/> 3.Durante la vigencia 2023 se han presentado los informes de ley y se han realizado los seguimientos establecidos en la misma:<br/> •Seguimiento al Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano<br/> •Informe de licenciamiento de software<br/> •Informe de Austeridad en el gasto<br/> •Informe de evaluación institucional por dependencias<br/> •Informe de Control Interno Contable, entre otros.<br/> 4. Se realizaron acciones de seguimiento, monitoreo y verificación a procesos o asuntos críticos o de relevancia para la entidad para prevenir la materialización de riesgos.<br/> 4. Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento</p> <p><b>Debilidades:</b><br/> 1. El Instituto no cuenta con un software de auditorías para el seguimiento a los planes de mejoramiento, resultado de auditorías internas y externas.<br/> 2. El Instituto cuenta con una Oficina de Control Interno, pero no tiene un espacio adecuado, y solo cuenta con un funcionario para desarrollar los roles asignados por la ley 87 de 1993.<br/> 3. Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PORSDF), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad, sin embargo, la línea estratégica no apoya estas acciones de mejora.</p> | <p style="text-align: center;"><b>1%</b></p> |
|---|---------------------------------------|---|---|---|--|--|