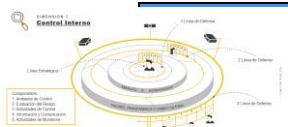


Nombre de la Entidad:	INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA-IDEAR
Periodo Evaluado:	II SEMESTRE VIGENCIA 2025



Modelo del sistema de Control Interno de la entidad	62%
---	-----

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):	No	<p>Los componentes del Sistema de Control Interno no operan juntos ni de manera integrada en el Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR). Aunque el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) se encuentra formalmente adoptado, existe una afectación directa al componente de Ambiente de Control, por parte del señor Gerente, fundamento esencial del MECI y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MPG), lo cual impide la articulación plena de los demás componentes. De conformidad con la Ley 87 de 1993 (art. 9), el Representante Legal es el responsable directo de la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Control Interno, y debe garantizar condiciones adecuadas para su funcionamiento. Así mismo, el Decreto 1083 de 2015 (art. 2.2.21.5) y el Decreto 648 de 2017 establecen la obligación de asegurar la independencia, autonomía técnica y condiciones mínimas para el ejercicio de la Oficina de Control Interno.</p> <p>Sin embargo, durante el periodo evaluado se evidenció que:</p> <ul style="list-style-type: none"> *El señor Gerente no garantiza las condiciones mínimas del Ambiente de Control, vulnerando los principios de integridad, independencia y respeto institucional que exige la normativa vigente. *Se han presentado actuaciones que obstaculizan el ejercicio de las funciones de la Asesoría de Control Interno, afectando el flujo de información, la supervisión y la articulación entre las líneas de defensa. *Se ha observado que el Gerente incita al personal a no permitir el cumplimiento de las funciones de control interno, lo que debilita gravemente la cultura organizacional y rompe la integración entre los componentes del MECI. <p>Estas conductas institucionales afectan la interacción entre Gestión de Riesgos, Comunicación Organizacional, Actividades de Control y Evaluación, impidiendo su operación conjunta.</p> <p>En consecuencia, los componentes del Sistema de Control Interno no operan de manera articulada ni integrada, debido al incumplimiento por parte del Representante Legal de sus obligaciones normativas en materia de Ambiente de Control. Hasta tanto no se restablezcan las condiciones de independencia, apoyo institucional, acceso pleno a la información y respeto a la labor de control, no es posible declarar un funcionamiento integrado del sistema. Esto obedece a que el señor gerente desconoce y no tiene experiencia en cargos gerenciales y en el MPG y MECE.</p>
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	<p>El sistema de control interno del Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR) muestra efectividad, con oportunidades de mejora claramente identificadas. La línea estratégica, liderada por el señor Gerente, obstaculiza el ejercicio de las funciones de la Oficina de Control Interno, incumpliendo las responsabilidades asignadas al Representante Legal por la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y el Decreto 648 de 2017, que obligan a garantizar condiciones mínimas de autonomía, acceso a información y respeto institucional.</p> <p>*El Comité Institucional de Control Interno presenta interferencias indebidas por parte del Gerente, afectando su autonomía técnica. Los integrantes del Comité se niegan a firmar las actas, debido a que la Secretaría del Comité no acepta alterar el contenido de las sesiones por fuera de lo realmente actuado, resistiéndose a presiones que buscan modificar o manipular la información oficial. Esta situación afecta la transparencia, legalidad, confiabilidad y trazabilidad de las actuaciones del Comité.</p> <p>*En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se evidenció que el señor Gerente y la Profesional de Planeación impiden la participación obligatoria de la Oficina de Control Interno, vulnerando lo dispuesto por el Decreto 648 de 2017, el MPG y los lineamientos de la Función Pública.</p> <p>*El Sistema de Administración de Riesgos – SAR no funciona y no es efectivo. No existe una gestión adecuada de identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de riesgos. Adicionalmente, los riesgos materializados no son tramitados, no se reportan oportunamente y no se adoptan planes de acción o controles para evitar su recurrencia, lo que incrementa la exposición institucional y contraviene los principios de prevención y autocontrol del MECI. Esta situación persiste bajo la responsabilidad directa del Representante Legal, quien no adopta las acciones necesarias para garantizar la eficacia del SAR ni la cultura de gestión del riesgo.</p> <p>Estas limitaciones afectan de manera directa la independencia técnica de la Oficina de Control Interno, el funcionamiento de las líneas de defensa, la gestión del riesgo, el seguimiento a los planes de mejoramiento y la gobernanza institucional. No obstante, existen elementos operativos del sistema que permiten mantener un nivel mínimo de efectividad, razón por la cual la respuesta se mantiene afirmativa, aunque con profundas restricciones que deben ser corregidas de manera urgente.</p>
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	<p>El Instituto de Desarrollo de Arauca (IDEAR) cuenta formalmente con la estructura definida por el modelo de Líneas de Defensa del Sistema de Control Interno, conforme al MPG, el MECI y las directrices de la Función Pública. No obstante, aunque la institucionalidad existe en el papel, no opera de manera integrada, coordinada ni efectiva.</p> <p>Se ha evidenciado que las decisiones y directrices impartidas por el señor Gerente afectan la independencia y autonomía de las líneas de defensa, en contravía de los principios establecidos en la Ley 87 de 1993. Estas actuaciones han limitado el ejercicio de la Oficina de Control Interno, restringiendo su acceso a información, su participación en los comités obligatorios y su adecuada labor como tercera línea de defensa.</p> <p>Adicionalmente, se observa que la profesional de Planeación, responsable de la segunda línea de defensa, desconoce las obligaciones del MPG y no remite información oportuna, veraz y completa a la Oficina de Control Interno, afectando la articulación y el seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>Asimismo, se ha identificado que los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno no cumplen con las funciones que les asigna la normatividad, lo que incluye la no suscripción de actas, la falta de participación efectiva en las sesiones, la ausencia de seguimiento a los compromisos y la falta de apoyo en la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del sistema. Esta situación debilita la institucionalidad del comité y limita su papel como instancia de coordinación, evaluación y seguimiento del Sistema de Control Interno.</p> <p>En consecuencia, aunque la entidad cuenta formalmente con las líneas de defensa, estas no funcionan adecuadamente debido a fallas en la actuación de la alta dirección, del proceso de Planeación y del propio Comité de Control Interno, lo que afecta la toma de decisiones basadas en control y la efectividad del sistema.</p>

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	No	45%	<p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Interferencia de la Alta Dirección en el ejercicio de Control Interno: Se evidencian impedimentos y restricciones impuestas por el señor Gerente que limitan el acceso a información, la participación en comités obligatorios y el cumplimiento de las funciones establecidas para la Oficina de Control Interno, afectando su independencia y el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno. Falta de respaldo de la Alta Dirección para la implementación del Sistema de Control Interno: No se garantiza un ambiente de control adecuado, lo que afecta la articulación del MECI, el MPG y el modelo de líneas de defensa. Deficiente manejo de información confidencial: No existen mecanismos efectivos para prevenir el uso inadecuado o la filtración de información privilegiada. Inadecuada revisión y validación de reportes financieros: Persisten dificultades en la Alta Dirección para analizar y validar la información financiera, limitando la toma de decisiones basadas en evidencia. Falta de definición de roles y responsabilidades en actividades de control: Existen vacíos operativos, duplicidad de tareas y ausencia de claridad en las responsabilidades institucionales. Obstáculos para la evaluación imparcial de recursos humanos: Se presentan limitaciones administrativas y directivas que afectan la objetividad y oportunidad en las evaluaciones de talento humano. Ausencia de una política formal de administración de riesgos: No existe una política actualizada ni mecanismos efectivos para identificar, valorar, tratar y monitorear riesgos. Además, los riesgos materializados no se tratan ni se reportan adecuadamente. Incumplimiento ante situaciones irregulares: La Alta Dirección no adopta medidas oportunas ante posibles incumplimientos del Código de Integridad, afectando la confianza institucional. Ausencia de política de Gestión del Conocimiento: La inexistencia de lineamientos limita el aprendizaje organizacional, la transferencia de información crítica y la consolidación de buenas prácticas. Disfuncionalidad del Comité de Coordinación de Control Interno: Sus miembros no cumplen con las funciones asignadas, no suscriben actas, no hacen seguimiento a compromisos y no apoyan decisiones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno. <p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Socialización del Código de Integridad: El Instituto ha promovido la difusión del Código, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura ética institucional. Evaluación continua de los elementos de control: Se realizan revisiones permanentes de procesos, procedimientos y herramientas para asegurar su adecuada formulación y gestión. Definición y documentación del esquema de líneas de defensa: La entidad cuenta con un modelo formal y documentado que establece roles y responsabilidades para la supervisión del riesgo. Actualización de la estructura de control: Se adelantan esfuerzos para mejorar la estructura de control interno conforme a los cambios organizacionales y los objetivos institucionales. 	52%	<p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de respaldo por parte de la Alta Dirección para la implementación del Sistema de Control Interno. Deficiente manejo de información confidencial: No existen mecanismos efectivos para detectar y prevenir el uso inadecuado de información privilegiada. Inadecuada revisión de reportes financieros: La Alta Dirección presenta dificultades para analizar y procesar la información relacionada con la generación de reportes financieros, lo que limita la toma de decisiones basadas en datos. Falta de definición de roles en actividades de control: Las responsabilidades en las actividades de control no están claramente establecidas, vicies operativos. Obstáculos para realizar la evaluación de recursos humanos. 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. 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. 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. <p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. 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 los objetivos institucionales y fortalecer la gestión de riesgos. 	-7%

Evaluación de riesgos	Si	51%	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de monitoreo a riesgos aceptados: La Alta Dirección no realiza seguimiento periódico a los riesgos aceptados, incumpliendo el principio de autocontrol (Ley 87 de 1993, art. 4) y las directrices del MECI para la administración del riesgo. 2. Política de gestión de riesgos no articulada a la planeación institucional: La política de riesgos no se encuentra alineada con los objetivos institucionales ni con los lineamientos del MPG (Decreto 1499 de 2017), afectando la coherencia en la gestión estratégica. 3. Debilidades en la segunda línea de defensa - Oficina de Riesgos: La profesional de riesgos no aplica los lineamientos metodológicos definidos en los manuales SARIM, SARVO, SARC, SARL y SARLAFT, ni realiza consolidación técnica de información, en contravía del Modelo de Tres Líneas de Defensa del DAFP. 4. Falta de análisis de riesgos materializados: No se evalúan los riesgos materializados ni sus causas raíz, incumpliendo el componente de Valoración del Riesgo del MECI y afectando la adopción de acciones correctivas efectivas. 5. Ausencia de evaluación periódica de objetivos frente a riesgos estratégicos: La Alta Dirección no revisa la pertinencia de los objetivos estratégicos respecto a los riesgos identificados, desconociendo el MPG - Política de Planeación Institucional y el Decretamiento Estratégico del MECI. 6. Debilidades en la gestión de riesgos de corrupción: No se implementan controles suficientes para identificar, valorar y monitorear riesgos de corrupción, incumpliendo la Ley 1474 de 2011, la Política de Integridad del MPG y la Guía de Riesgo de Corrupción de Función Pública. 7. Evaluación insuficiente de la efectividad de los controles: No se evalúa el diseño ni la operación de los controles institucionales, incumpliendo el artículo 5 de la Ley 87 de 1993 y el componente de Actividades de Control del MECI. 8. Análisis limitado de riesgos externos y tercerizados: No se evalúan los riesgos derivados de terceros, actores externos o del entorno territorial, desconociendo el enfoque de gestión integral del riesgo del MECI y del MPG. 9. Restricción al ejercicio de Control Interno en materia de riesgos: El Gerente impide la participación de la Asesora de Control Interno en los Comités de Riesgos. <p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de una Oficina de Riesgos: El Instituto cuenta con una dependencia formal encargada de identificar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos, en cumplimiento del MPG (Política de Administración del Riesgo). 2. Mapas de riesgos de procesos y de corrupción 2. La entidad dispone de mapas actualizados que permiten la visualización de riesgos relevantes en el marco del MECI y la Guía de Administración del Riesgo de Corrupción de Función Pública. 3. Consulta sistemática del SARLAFT: Se realizan verificaciones en listas restrictivas conforme a los lineamientos del SARLAFT, fortaleciendo la prevención del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. Disponibilidad de manuales actualizados 4. La entidad cuenta con documentos formales para la gestión de riesgo en los componentes SARIM, SARVO, SARC, SARL y SARLAFT, en cumplimiento de estándares sectoriales y de las prácticas definidas por el Sistema de Control Interno. 	60%	<p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de monitoreo de riesgos aceptados: La Alta Dirección no realiza un seguimiento efectivo de los riesgos aceptados. 2. Ausencia de una política de gestión de riesgos: La política de riesgos no está debidamente alineada con la misión y los objetivos institucionales. 3. 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. 4. 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. 5. La Alta Dirección no evalúa periódicamente si los objetivos establecidos siguen siendo consistentes y adecuado para la entidad. 6. Falta de monitoreo de riesgos de corrupción: La Alta Dirección no implementa controles efectivos para la identificación y seguimiento de riesgos de corrupción. 7. Deficiencias en la evaluación de controles: No se realiza una evaluación integral de las fallas en el diseño y ejecución de controles. 8. 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. <p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de una Oficina de Riesgos: El Instituto cuenta con una unidad responsable de la identificación, evaluación y gestión de riesgos. 2. Mapas de riesgos de procesos y corrupción: Disponibilidad de mapas que permiten visualizar y gestionar riesgos relevantes para la entidad. 3. 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. 4. El Instituto cuenta con manuales actualizados para SARIM, SARVO, SARC, SARL y SARLAFT, lo que facilita una gestión de riesgos integral. 	-9%
Actividades de control	Si	71%	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de una política formal de seguridad de la información: La entidad no cuenta con lineamientos tecnológicos claros ni con una definición precisa de roles y responsabilidades, lo que afecta la protección de la información institucional. 2. Segregación de funciones insuficiente: No existe una separación adecuada de funciones en procesos críticos, incrementando el riesgo operativo y contraviniendo los principios básicos de control interno. 3. Atención tardía o inexistente a eventos de riesgo reportados: Los riesgos materializados no son gestionados oportunamente, incumpliendo los lineamientos del MECI sobre acciones correctivas. 4. Inaplicación de sanciones y medidas correctivas: No se aplican multas ni sanciones conforme a los lineamientos de la Guía V6 del DAFP, afectando la cultura de control y la responsabilidad institucional. 5. El diseño de los controles no se evalúa frente al riesgo: La entidad no verifica si los controles existentes son adecuados y proporcionales al nivel de riesgo, desconociendo el principio de control basado en riesgos del MECI y MPG. 6. Falta de monitoreo sistemático a los riesgos según la política institucional: No se realiza un seguimiento estructurado a la ejecución de controles conforme a la Política de Administración del Riesgo, afectando la detección temprana de desviaciones. 7. No se verifica el cumplimiento de los controles según fueron diseñados: No se asegura que los responsables ejecuten los controles de acuerdo con su definición documental, lo que genera brechas entre el control "diseñado" y el control "en ejecución real". 8. No se evalúa la adecuación de los controles ante cambios internos o normativos: La entidad no ajusta los controles a cambios regulatorios, estructurales o procedimentales, incumpliendo la obligación de actualización continua establecida en el MECI. <p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de una tercera línea de defensa funcional: La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes y formula recomendaciones para mitigar riesgos y fortalecer la estructura de control. 2. Seguimiento interno a manuales y procesos: Control Interno evalúa la efectividad de los manuales, procesos y controles institucionales, promoviendo el mejoramiento continuo. 3. Gestión y seguimiento al mapa de riesgos: Se realiza seguimiento al mapa de riesgos institucional, facilitando la visualización de riesgos relevantes y su evolución. 	63%	<p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad de la información: Falta una política tecnológica clara y definición de roles. 2. Segregación de funciones: 3. Ausencia de una adecuada separación de funciones, lo que eleva el riesgo operativo. 4. Falta de experiencia: El jefe de riesgos carece de experiencia en el área. 5. Atención a riesgos: Los eventos de riesgos reportados no son atendidos de manera oportuna. 6. Aplicación de sanciones: No se aplican multas ni sanciones según la guía V6 del DAFP. <p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tercera línea de defensa: Evaluación independiente y recomendaciones para mitigar riesgos reportados. 2. Seguimiento interno: La Oficina de Control Interno evalúa la efectividad de manuales, procesos y controles. 3. Gestión de riesgos: Seguimiento al mapa de riesgos 	8%
Información y comunicación	Si	54%	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medición insuficiente de la satisfacción del cliente interno y externo. 2. Insuficiente cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 - Protección de Datos Personales. 3. Estrategia deficiente de Rendición Pública de Cuentas. 4. Persistencia de fugas de información pese a controles implementados. 5. Ausencia de mecanismos efectivos de la Alta Dirección para comunicar objetivos y metas estratégicas. 6. Falta de cumplimiento en el reporte de la información entrante - PQRSDF. 7. Ausencia de evaluación periódica de la percepción de los usuarios o grupos de valor. 8. Incumplimiento en la aplicación de procedimientos para la gestión integral de la información entrante. 9. Ausencia de mecanismos para evaluar la efectividad de los canales de comunicación externos (Ítem 15.4 FURAG). 10. No se actualiza periódicamente la caracterización de usuarios o grupos de valor (Ítem 15.5 FURAG). <p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de canales de comunicación activos y accesibles 2. Publicación permanente de información institucional en la página web 3. Existencia de canales de comunicación interna institucionalizados 4. Avances significativos en la gestión documental 	55%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El DEAR cuenta con canales de comunicación activos y accesibles para las partes interesadas. 2. Se publica información institucional en la página web, para dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014. 3. Se cuenta con adecuados canales de comunicación interna (Intranet y boletines internos). 4. 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. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Débil medición de la satisfacción del cliente interno y externo. 2. Se deben reforzar las acciones relacionadas con el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 - Protección de datos. 3. 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. 4. El Instituto a pesar de haber desmantelado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes, se identifican fugas de información. 5. 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). 6. La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante. Sin embargo, los informes de PQRSDF no se presentan por la profesional de planeación como lo indica la ley 1755 de 2015. 7. 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. 	-1%
Monitoreo	Si	89%	<p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Instituto no dispone de un software especializado para el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas. 2. Aunque se evalúa la información proporcionada por los usuarios (Sistema PQRSDF) y otras partes interesadas para mejorar el Sistema de Control Interno, la línea estratégica no respalda adecuadamente estas acciones. 3. Falta de acceso y actualización para el monitoreo externo: La Alta Dirección no entrega a la Oficina de Control Interno los informes emitidos por los entes externos, lo que impide su consolidación y análisis del impacto en el Sistema de Control Interno. Asimismo, los integrantes del Comité de Control Interno no cumplen adecuadamente sus funciones, se niegan a suscribir las actas y mantienen acciones que afectan la coordinación y el ejercicio independiente del control. 4. Restricciones de acceso a la información requerida por la asesora de Control Interno para el adecuado monitoreo institucional. 5. Niega la participación de Control Interno en el Comité Institucional. <p>La Alta Dirección impide la participación de la Asesora de Control Interno en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y en varios comités en los cuales se manejan recursos, limitando su acceso a la información estratégica necesaria para el ejercicio del control. La restricción afecta la supervisión independiente y debilita la articulación del MPG y del Sistema de Control Interno.</p> <p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Plan Anual de Auditorías para 2025, se ejecutó con un cumplimiento del 100%. 2. La Asesora de Control Interno participa activamente en los comités que el señor gerente le invita y en cumplimiento del Decreto 338 de 2019, emite alertas para prevenir actos de corrupción. 3. Durante el I semestre de 2025, se presentaron los informes de ley y se realizó el seguimiento correspondiente, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> •Seguimiento al Programa de ética y Transparencia Pública. •Informe de licenciamiento de software. •Informe sobre Austeridad en el Gasto. •Informe de evaluación institucional por dependencias. •Informe de Control Interno Contable, entre otros. 4. Se llevaron a cabo acciones de seguimiento, monitoreo y verificación en procesos críticos para prevenir riesgos. 5. Se realiza un seguimiento continuo a los planes de mejoramiento. 	88%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Plan Anual de Auditorías para 2025 fue aprobado en el CICI se ejecutó con un cumplimiento del 98% para primer semestre. 2. La Asesora de Control Interno participa activamente en los comités que el señor gerente le invita y, en cumplimiento del Decreto 338 de 2019, emite alertas para prevenir actos de corrupción. 3. Durante el I semestre de 2025, se presentaron los informes de ley y se realizó el seguimiento correspondiente incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> •Seguimiento al Programa de ética y Transparencia Pública. •Informe de licenciamiento de software. •Informe sobre Austeridad en el Gasto. •Informe de evaluación institucional por dependencias. •Informe de Control Interno Contable, entre otros. 4. Se llevaron a cabo acciones de seguimiento, monitoreo y verificación en procesos críticos para prevenir riesgos. 5. Se realiza un seguimiento continuo a los planes de mejoramiento. <p>Debilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Instituto no dispone de un software especializado para el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas. 2. Aunque se evalúa la información proporcionada por los usuarios (Sistema PQRSDF) y otras partes interesadas para mejorar el Sistema de Control Interno, la línea estratégica no respalda adecuadamente estas acciones. 	1%