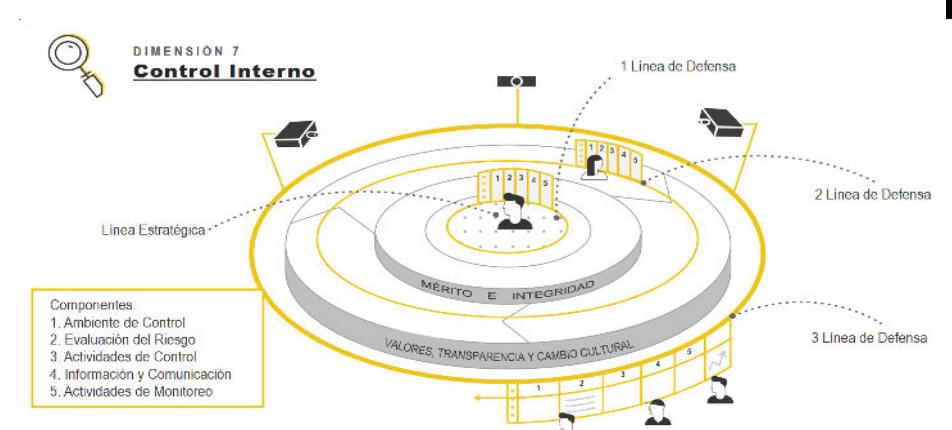


Nombre de la Entidad:
Periodo Evaluado:

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO DE ANTIOQUIA - IDEA
INFORME AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

92%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Sí	Mediante Resolución No 20251206 del 17 de diciembre de 2025, se adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y se modifica el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el Instituto para el Desarrollo de Antioquia -IDEA y se ajusta y unifican las directrices para el Sistema de Gestión Institucional - SGI y el Sistema de Control Interno - SCI. Los componentes del MECI se encuentran presentes y operando, trabajando hacia la mejora en la implementación del Sistema de Control Interno. En el Instituto se evidencia el rol de evaluación y seguimiento durante la vigencia 2025. Bajo la coordinación de la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea de defensa, se inició con la implementación del PEI 2024 2027, sus planes de acción y medición de indicadores.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	Se destacan las siguientes acciones evidenciadas durante la evaluación del Sistema de Control Interno: 1. Se cuenta con el Sistema de Gestión Integral -SGI- bajo el modelo de operación por procesos (MOP), con certificación de calidad bajo la norma ISO 9001:2015, información que se encuentra dispuesta en el aplicativo G+. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encuentran operando de acuerdo con las disposiciones de la Función Pública. 3. Se ejecuta en la vigencia 2025 el Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. 4. Se cuenta con el Manual SARO (Sistema de Administración de Riesgo Operativo) actualizado a la vigencia, el cual contiene la Política de Administración de Riesgos. 5. En la vigencia 2025 se realizaron acciones para el Fortalecimiento de la Cultura del Control en el Instituto. 6. Se continúa con el fortalecimiento de las líneas de defensa al interior de la entidad. 7. Se tienen suscritos planes de mejoramiento, especialmente los relacionados con el resultado de auditorías internas y externas. 8. Se cuenta con indicadores para medición del Plan Estratégico Institucional (PEI). 9. Se cuenta con la modernización tecnológica del Instituto, en lo que respecta a la actualización del Sistema Integral de Información Financiera. 10. Durante el mes de diciembre de 2025 se realizó la rendición pública de cuentas por parte de la Gerencia del IDEA.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permite la toma de decisiones frente al control (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Sí	A través de la resolución 20230800 que adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el IDEA, se encuentran identificadas las líneas de defensa y se continua con el desarrollo de acciones tendientes a fortalecer su interiorización en todos los servidores públicos del Instituto, además del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, se tiene el Comité de Gerencia como instancia en la cual la Alta Dirección se reúne periódicamente con todo su Equipo directivo para realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos institucionales y para la toma de decisiones.

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	91%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno se encuentra adoptado. 2. El Instituto tiene diferentes Comités relacionados especialmente con su misión, lo que permite el seguimiento a los resultados financieros para la oportuna toma de decisiones. 3. El Código de Integridad se encuentra adoptado con los valores establecidos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). 4. Se tiene establecido el modelo de líneas de defensa mediante resolución administrativa, a su vez, se cuenta con un Sistema de Gestión Institucional fortalecido. 5. Se cuenta con Plan Estratégico Institucional. 6. Se ha mejorado la actualización de los procesos y procedimientos del SGI. 7. Se hace seguimiento sistemático a la gestión del riesgo. 8. Publicación de políticas en la web (tratamiento de datos, aviso de privacidad). 9. Aunque no se cuenta con una línea única de denuncia, desde la Oficina de Planeación se tiene habilitada la línea para la atención de denuncias y se rinde información a la Gerencia semestralmente. 10. Durante el segundo semestre de 2025, la entidad realizó acciones en el tema de integridad, entre ellas, capacitaciones, campaña para incentivar valores del código de integridad, conformación de grupo de trabajo interno de integridad, actualización del reglamento del comité de convivencia laboral y adopción de política de prevención del acoso laboral. 11. Seguimiento de la ley 2013 de 2019. 12. Se realiza seguimiento a los planes de talento humano e indicadores del plan de acción asociados al plan estratégico. 13. Durante el segundo semestre de 2025 se llevó a cabo proceso de rediseño institucional, con estudio de cargas de trabajo, manual de valoración de empleos y revisión de planta de cargos. 14. El 14 de noviembre de 2025 se realizó jornada de sensibilización en el tema de desvinculación laboral con los prejubilados. 15. La entidad tiene publicado en la página web la proyección del Programa de Transparencia y Ética Pública. 16. Se surtieron las fases para el diseño y formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública, de conformidad con el Decreto 1122 de 2024 que establece como plazo máximo de adopción en agosto de 2026. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Adoptar una política clara de la de Gestión del Conocimiento. 2. Oportunidad en la mejora de la cultura de Control y de planes de mejoramiento Institucionales. 3. No hay evidencia de evaluación o seguimiento al cumplimiento del código de integridad por parte de los servidores, como exige el FURAG. 4. El FURAG sugiere fortalecer la línea interna de denuncias con la vinculación con los mapas de riesgo institucional. 	89%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno se encuentra adoptado. 2. El Instituto tiene diferentes Comités relacionados especialmente con su misión, lo que permite el seguimiento a los resultados financieros para la oportuna toma de decisiones. 3. El Código de Integridad se encuentra adoptado con los valores establecidos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). 4. Se tiene establecido el modelo de líneas de defensa mediante resolución administrativa, a su vez, se cuenta con un Sistema de Gestión Institucional fortalecido. 5. Se cuenta con un nuevo Plan Estratégico Institucional. 6. Se ha mejorado la actualización de los procesos y procedimientos del SGI. 7. Se implementa una matriz específica dentro del Plan Anticorrupción. 8. Se hace seguimiento sistemático a la gestión del riesgo. 9. Publicación de políticas en la web (tratamiento de datos, aviso de privacidad). <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Adoptar una política clara de la de Gestión del Conocimiento. 3. Oportunidad en la mejora de la cultura de Control y de planes de mejoramiento Institucionales. 4. No hay evidencia de evaluación o seguimiento al cumplimiento del código de integridad por parte de los servidores, como exige el FURAG. 5. El FURAG sugiere fortalecer la línea interna de denuncias con la vinculación con los mapas de riesgo institucional. 	2%
Evaluación de riesgos	Si	97%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Todos los procedimientos que hacen parte del Modelo de Operación por Procesos (MOP) cuenta con la identificación de riesgos asociados al mismo. 2. Se cuenta con matriz de riesgos de corrupción. 3. Se realiza seguimiento al reporte de eventos de riesgos materializados y se consolidaron en la base de datos de eventos. 4. Se cuenta con Política de Administración de Riesgos, la cual se encuentra incluida en el Manual de Administración de Riesgos Operativos -SARO. 5. Se continúa con el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano por parte de la Oficina de Auditoría Interna 6. Se cuenta con la consolidación de los riesgos operativos, de ciberseguridad y análisis SARLAFT.; 7. En las capacidades realizadas en el tema de riesgos y en las inducciones, se refuerza la responsabilidad con la gestión de riesgos y el reporte oportuno de los riesgos materializados o identificados. 8. Informes presentados ante los Comités. 9. El Comité de riesgos que es la máxima instancia para aprobación de riesgos cuenta con un integrante que es miembro de Junta Directiva. 10. Análisis efectuados por la Oficina de Riesgos que contempla las variables internas y externas teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 11. Seguimiento a los mapas de riesgos en los cuales se determina si los riesgos aceptados continúan en la misma valoración o si se requiere ajustar la medición del riesgo y establecer nuevos controles. 12. Actas Comité de Riesgos que contienen el resultado de la evaluación de los riesgos y las medidas a ajustar o implementar para evitar su materialización. 13. Dar continuidad al seguimiento del Plan Estratégico Institucional, para generar alertas frente a su avance de acuerdo con las metas e indicadores establecidos para cada línea estratégica. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Aunque se hace seguimiento por supervisores, no se evidencia un análisis estructurado y diferenciado de riesgos de servicios contratados. 2. Falta evaluar periódicamente si los controles existentes siguen siendo pertinentes o requieren rediseño ante cambios. 3. Se sugiere revisar la versión 7 de la guía de riesgos de la Función Pública y realizar los ajustes pertinentes. 4. Se recomienda tramitar ante la Junta Directiva los cambios que se requieren en los indicadores para el cumplimiento de los objetivos institucionales. 	97%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Todos los procedimientos que hacen parte del Modelo de Operación por Procesos (MOP) cuenta con la identificación de riesgos asociados al mismo. 2. Se cuenta con matriz de riesgos de corrupción. 3. Se cuenta con Comité de Riesgos formado y operando. Además, la Gerencia de Riesgos cuenta con espacio en la Junta Directiva para presentar los avances o situaciones de la gestión de riesgos que requieren especial atención. 4. Se realiza seguimiento al reporte de eventos de riesgos materializados y se consolidaron en la base de datos de eventos. 5. Se cuenta con Política de Administración de Riesgos Operativos -SARO. 6. Se continúa con el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano por parte de la Oficina de Control Interno. 7. Se cuenta con la consolidación de los riesgos operativos, de ciberseguridad y análisis SARLAFT. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer desde la Oficina de Control Interno el seguimiento del Plan Estratégico Institucional con mayor periodicidad, para analizar las alertas generadas frente a su avance de acuerdo con las metas e indicadores establecidos para cada línea estratégica. 2. Aunque hay objetivos medibles, falta mayor periodicidad en el seguimiento a alertas estratégicas y vinculación explícita al análisis de riesgos. 3. Aunque se hace seguimiento por supervisores, no se evidencia un análisis estructurado y diferenciado de riesgos de servicios contratados. 4. Falta evaluar periódicamente si los controles existentes siguen siendo pertinentes o requieren rediseño ante cambios. 	0%

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
Actividades de control	Si	92%	<p>Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas</p> <p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con un modelo organizativo con responsabilidades claramente establecidas definidas en el SGI. 2. El Modelo de Operación por Procesos del SGI se encuentra operando y fueron actualizados durante el segundo semestre de 2025. El Instituto se encuentra certificado en calidad bajo la norma ISO 9001:2015 3. Las líneas de defensa se encuentran determinadas, de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). 4. Gestiona adecuadamente los mapas de riesgos operativos de los procedimientos del IDEA. 5. Se evidencia ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones, el cual permite afianzar los conocimientos de los servidores públicos. 6. El SGI establece perfiles y funciones diferenciadas, con controles duales y trazabilidad en los sistemas institucionales. 7. Las auditorías revisan el cumplimiento de controles y emiten planes de mejoramiento con seguimiento institucional. 8. Durante el segundo semestre no se materializaron riesgos de corrupción en la entidad, según el seguimiento al reporte de eventos de riesgos materializados. 9. Mediante Resolución No 20251206 del 17 de diciembre de 2025, por la cual se adopta el MIPG y se modifica el comité institucional de gestión y desempeño y se ajustan los lineamientos y se ajustan directrices del sistema de gestión institucional y sistema de control interno. 10. En la entidad se asignan usuarios con roles definidos de acuerdo a sus funciones, en los aplicativos SIIF (Sistema Integrado de Información Financiera) y G+ 11. Mediante Resolución 20251206 de diciembre de 2025, se actualizó el mapa de procesos de la entidad. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Afianzar el análisis de los riesgos. 2. Fortalecer la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SST y el PESV. 3. Supervisión deficiente a servicios tecnológicos contratados: No se evalúa el nivel de satisfacción ni la efectividad de los controles aplicados por terceros. 4. Actualización de procedimientos institucionales no sistemática. 5. A pesar del diseño institucional, no se evidencia evaluación formal de si los controles continúan siendo pertinentes y eficaces para cada contexto operativo. 6. Culminar por parte de la Gerencia de Riesgos, la consolidación del seguimiento a los riesgos de corrupción correspondiente al segundo semestre de 2025. 	92%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con un modelo organizativo con responsabilidades claramente establecidas definidas en el SGI. 2. El Modelo de Operación por Procesos del SGI se encuentra operando y continúa su proceso de actualización. El Instituto se encuentra certificado en calidad bajo la norma ISO 9001:2015 3. Las líneas de defensa se encuentran determinadas, de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). 4. Gestiona adecuadamente los mapas de riesgos operativos de los procedimientos del IDEA. 5. Se evidencia ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones, el cual permite afianzar los conocimientos de los servidores públicos. 6. El SGI establece perfiles y funciones diferenciadas, con controles duales y trazabilidad en los sistemas institucionales. 7. Las auditorías revisan el cumplimiento de controles y emiten planes de mejoramiento con seguimiento institucional. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Afianzar el análisis de los riesgos. 2. Fortalecer la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SST y el PESV. 3. Mejorar la revisión de Controles por parte de la Oficina de Control Interno. 4. Supervisión deficiente a servicios tecnológicos contratados: No se evalúa el nivel de satisfacción ni la efectividad de los controles aplicados por terceros. 5. Actualización de procedimientos institucionales no sistemática. 6. A pesar del diseño institucional, no se evidencia evaluación formal de si los controles continúan siendo pertinentes y eficaces para cada contexto operativo. Aunque se realiza seguimiento por auditoría, falta un sistema preventivo que permita asegurar que los controles se ejecutan antes de que ocurran errores o fallas. 	0%
Información y comunicación	Si	86%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El IDEA cuenta con canales de comunicación activos y accesibles para las partes interesadas. El portal www.idea.gov.co, la Intranet, y las diferentes redes sociales. 2. Se cuenta con sistemas robustos y actualizados como el SIIF, el software G+, y tableros Power BI para transformar datos en información útil. 3. La Dirección de Sistemas y el Centro de Administración Documental - CAD, realizó la actualización del Registro de Activos de Información. 4. Existen canales internos de comunicación consolidados: intranet, boletines, altavoz, WhatsApp institucional y rendición de cuentas. Se ha establecido una estrategia de comunicación externa con múltiples canales: página web, redes sociales, boletines, correos masivos, vallas y contacto directo con alcaldes. 5. Se avanza en la digitalización electrónica de la información en el IDEA. 6. El FURAG califica el Inventario de información y su actualización como "Oportunidad de mejora", lo que sugiere que es un punto vulnerable. 7. Se cuenta con presentación de informe de gestión correspondiente a la vigencia 2025. 8. Se tiene implementada la sala de Alcaldes para la atención y entrega de información para todos los Alcaldes del Departamento de Antioquia. 9. La entidad cuenta con análisis de métricas de redes sociales y monitoreo de medios correspondiente al segundo semestre de 2025. 10. La actualización del documento "Guía de las partes interesadas" se realizó en el mes de diciembre de 2025. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Falta incorporación sistemática de resultados de percepción del cliente externo en las decisiones de mejora. Se requiere revisar los indicadores de satisfacción del cliente interno y externo, así mismo continuar con el acompañamiento al índice de transparencia e información pública y rendición de cuentas. 2. No se encuentra finalizado por parte de la Oficina de Comunicaciones, tanto la consolidación de la encuesta de satisfacción cliente externo; así como la de comunicación interna correspondiente a la vigencia 2025. 3. Falta culminar la documentación del nuevo proceso de Gestión Documental. 	86%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El IDEA cuenta con canales de comunicación activos y accesibles para las partes interesadas. El portal www.idea.gov.co, la Intranet, y las diferentes redes sociales. 2. Se cuenta con sistemas robustos y actualizados como el SIIF, el software G+, y tableros Power BI para transformar datos en información útil. 3. La Dirección de Sistemas y el Centro de Administración Documental - CAD, realizó la actualización del Registro de Activos de Información. 4. Existen canales internos de comunicación consolidados: intranet, boletines, altavoz, WhatsApp institucional y rendición de cuentas. Se ha establecido una estrategia de comunicación externa con múltiples canales: página web, redes sociales, boletines, correos masivos, vallas y contacto directo con alcaldes. 5. Se avanza en la digitalización electrónica de la información en el IDEA. 6. El FURAG califica el Inventario de información y su actualización como "Oportunidad de mejora", lo que sugiere que es un punto vulnerable. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El ítem 15.6 también recibió calificación de deficiencia por falta de incorporación sistemática de resultados de percepción del cliente externo en las decisiones de mejora. Revisar los indicadores de satisfacción del cliente interno y externo, así mismo continuar con el acompañamiento al índice de transparencia e información pública y rendición de cuentas. 	0%
Monitoreo	Si	96%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se han realizado los seguimientos de ley establecidos: *Seguimiento al Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; *Informe de licenciamiento de software; *Informe de Austeridad en el gasto; *Informe de evaluación institucional por dependencias; *Informe de Control Interno Contable, entre otros. 2. Se realizaron acciones de verificación a procesos o asuntos críticos o de relevancia para la entidad. 3. Se ejecutan auditorías internas a los procesos contemplados en el plan de auditoría para la vigencia respectiva y se socializan los resultados. 4. Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento. 5. El Instituto cuenta con una Oficina de Control Interno multidisciplinaria que facilita el desarrollo de los cinco roles asignados. 6. Mediante Acta No 01 del 3 de diciembre de 2025 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el Plan de Auditoría para la vigencia 2026. 7. Durante el mes de diciembre de 2025 se realizó seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano presentando un cumplimiento para la vigencia del 91.2%. 8. Mediante Acta No 6 de agosto de 2025 del comité primario de la oficina de Auditoría Interna, se realizó análisis del informe definitivo de auditoría emitido por la Contraloría General de Antioquia, como resultado de la auditoría financiera realizada por este ente de control durante el segundo semestre de la vigencia 2025. 9. La Oficina de Auditoría Interna realiza semestralmente seguimiento a las PQRSDF 10. La Oficina de Auditoría Interna, fue el enlace entre la entidad y la Contraloría General de Antioquia durante la realización de la auditoría que inicio en el mes de julio de 2025. <p>Debilidades:</p> <p>Debilidad en la cultura de seguimiento a los planes de mejoramiento. Se evidencia una debilidad institucional asociada a la falta de consolidación de una cultura de seguimiento sistemático y oportuno a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas. Adicionalmente, la Entidad no cuenta con un software especializado de auditoría que facilite el control, trazabilidad y flexibilidad en la gestión de hallazgos, acciones correctivas y preventivas, lo que limita la eficiencia y efectividad del proceso de mejoramiento continuo.</p> <p>Debilidad en la verificación de los controles contractuales y financieros. Se identifica una debilidad en el fortalecimiento de los mecanismos de verificación y seguimiento de los controles contractuales y financieros, necesarios para asegurar el cumplimiento integral de los requerimientos institucionales y de los entes de control. Esta situación impacta la capacidad del Instituto para atender de manera oportuna y adecuada las exigencias formuladas por organismos como la Contraloría y la Superintendencia Financiera, incrementando el riesgo de incumplimiento normativo y afectación al recurso público.</p> <p>Debilidad en la formación y apropiación del sistema de control interno. Persiste una debilidad institucional en la formación, conocimiento y apropiación del sistema de control interno por parte de los servidores del Instituto, situación que ha sido reconocida por la propia Entidad. La insuficiente capacitación en control interno y en las responsabilidades asociadas a cada rol limita la correcta aplicación de los controles, la gestión de riesgos y el cumplimiento de los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión.</p>	93%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se han realizado los seguimientos de ley establecidos: <ul style="list-style-type: none"> *Seguimiento al Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano *Informe de licenciamiento de software *Informe de Austeridad en el gasto *Informe de evaluación institucional por dependencias *Informe de Control Interno Contable, entre otros 2. Se realizaron acciones de verificación a procesos o asuntos críticos o de relevancia para la entidad. 3. Se ejecutan auditorías internas a los procesos contemplados en el plan de auditoría para la vigencia respectiva y se socializan los resultados. 4. Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento. 5. El Instituto cuenta con una Oficina de Control Interno multidisciplinaria que facilita el desarrollo de los cinco roles asignados. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Implementar una cultura de seguimiento a los planes de mejoramiento, resultado de auditorías internas y externas, y contar con un software de auditorías que permita mejor flexibilidad. 2. Avanzar en el fortalecimiento de la verificación de los controles contractuales y financieros para dar cumplimiento a los requerimientos del Instituto, entre ellos, los realizados por la Contraloría y la Superintendencia Financiera. 	3%