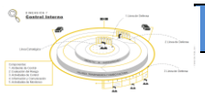
Nombre de la Entidad:	UNIDADES TECNOLÓGICAS DE SANTANDER
Periodo Evaluado:	julio - diciembre de 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	**98%**

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	Los cinco (5) componentes del MECI, se están aplicando juntos y de carácter articulado en las diferentes acciones que ha implementado la institución a través de la Dimensión 7 Control Interno y como 3ra línea de Defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de acuerdo con los roles establecidos en el modelo de Líneas de Defensa, lo cual permite contar con una estructura de control interno que actúa como factor clave para lograr el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.Igualmente, se evidenció el avance del Plan de trabajo y la institución realiza capacitaciones presenciales y a través de herramientas virtuales para fortalecer la gestión institucional.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La institución tiene diseñados controles y mecanismos de control que propenden por el cumplimiento de la planeación dispuesta en cada vigencia. Se definió la Política para la Gestión Integral del Riesgo que asigna responsables y responsabilidad frente al riesgo para cada línea de defensa además el seguimiento a acciones de control del riesgo.
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	Se verificó que la institución adelanta un trabajo articulado entre las oficina de Planeación, Control Interno y los miembros del Comité de Gestión y Desempeño desde la vigencia 2018, iniciando con un importante trabajo de asignación y distribución de responsables para cada línea de defensa conforme con el MIPG, con aprobación del Consejo Directivo mediante Acuerdo 01-048 del 15 de noviembre de 2018.

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%**	Fortalezas: 1) Se realizaron estrategias permanentes para la difusión y apropiación del Código de Integridad, para los servidores públicos, docentes y contratistas de las UTS, se diligencio el formato F-GA-47 ACTA DE COMPROMISO - CÓDIGO DE INTEGRIDAD. 2) Se realizó con el DAFP el curso de "integridad, transparencia y lucha contra la corrupción". 3) Se difundió ael correo codigointegridad@correo.uts.edu.co y el formato F-GA-58 encuesta permanente para la mejora en la implementación del código de integridad, canales dispuestos por la Institución para recibir sugerencias y recomendaciones y peticiones a cerca de la apropiación del Código de Integridad. No se recibieron quejas o denuncias por infracciones al Código de Integridad. 4) La Dirección Administrativa de Talento Humano, estableció el nuevo Protocolo de Gestión de conflictos de Interés Versión 1 de agosto de 2025, el cual fue adoptado por medio de la Resolución No. 02- 1148 del 11 de agosto de 2025. 5) En la página web institucional se encuentra la línea de denuncia anticorrupción. 6) Existen adecuados instrumentos de planeación, seguimiento y evaluación a los riesgos, del plan de acción y planes institucionales. 7) Se evidencia compromiso con las competencias del Talento Humano, procesos y procedimientos estandarizados y aplicados para el ciclo de vida de los servidores: - Plan de bienestar e incentivos - Plan institucional de capacitación – PIC - Plan anual de vacantes - Plan de Previsión de vacantes - Plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo. 8) Se realizó monitoreo y seguimiento a los riesgos institucionales. 9) El Comité CICI está formalmente constituido, reglamentado y funcionando, en el primer semestre de 2025 mediante acta No. 01-2025 de enero 29 en la que se presentó el informe de las actividades realizadas por la Oficina de Control Interno, los resultados de la evaluación al sistema de control interno del primer semestre de 2025. 10) Se continua con la ejecución de la Política Institucional de Administración del Riesgo en la que se establecen los roles y responsabilidades de las líneas de defensa, la cual esta siendo actualizada por la Oficina de Planeación de acuerdo a la nueva versión 7 de la Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Publicas. 11) Cada proceso estableció por las UTS, cuenta con un mapa de riesgos de gestión F-PL-13, en el que se estableció un plan de acción, se realizan monitoreos cuatrimestrales por parte de la Oficina de Planeación en los que se analiza si se materializó el riesgo, los controles, acciones y las evidencias para la toma de decisiones. 12) Se tienen los lineamientos mediante procedimiento P-GA- 11 para la atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones, incluyendo denuncias internas y externas y la identificación de los riesgos relacionados con la atención a PQRSDyF. Debilidades. 1) Analizar el aporte de la línea de denuncia interna en funcionamiento, para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales	**98%**	Fortalezas: 1) Se realizaron estrategias permanentes para la difusión y apropiación del Código de Integridad, para los servidores públicos, docentes y contratistas de las UTS, se diligencio el formato F-GA-47 ACTA DE COMPROMISO - CÓDIGO DE INTEGRIDAD. 2) Se realizó con el DAFP el curso de "integridad, transparencia y lucha contra la corrupción". 3) Se difundió ael correo codigointegridad@correo.uts.edu.co y el formato F-GA-58 encuesta permanente para la mejora en la implementación del código de integridad, canales dispuestos por la Institución para recibir sugerencias y recomendaciones y peticiones a cerca de la apropiación del Código de Integridad. No se recibieron quejas o denuncias por infracciones al Código de Integridad. 4) La Dirección Administrativa de Talento Humano, socializó el Protocolo de Conflicto de Intereses, su declaración proactiva, en cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el trámite de los impedimentos y recusaciones junto con los formatos y canales para el reporte oportuno, se cuenta con una herramienta ofimática, que permite realizar seguimiento y monitoreo a las declaraciones de conflicto de intereses, permitiendo identificar las zonas de riesgos si llegan a materializarse. 5) En la página web institucional se encuentra la línea de denuncia anticorrupción. 6) Existen adecuados instrumentos de planeación, seguimiento y evaluación a los riesgos, del plan de acción y planes institucionales. 7) Se evidencia compromiso con las competencias del Talento Humano, procesos y procedimientos estandarizados y aplicados para el ciclo de vida de los servidores: - Plan de bienestar e incentivos - Plan institucional de capacitación – PIC - Plan anual de vacantes - Plan de Previsión de vacantes - Plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo. 8) Se realizó monitoreo y seguimiento a los riesgos institucionales. 9) El Comité CICC está formalmente constituido, reglamentado y funcionando, en el primer semestre de 2025 mediante acta No. 01-2025 de enero 29 en la que se presentó el informe de las actividades realizadas por la Oficina de Control Interno, los resultados de la evaluación al sistema de control interno segundo semestre de 2024, el informe de riesgos del ultimo cuatrimestre de 2024 para la toma de decisiones y el analisis y aprobación del plan de auditorías para la vigencia 2025 el cual se ha ejecutado por la Oficina de Control Interno. 10) Se continua con la ejecución de la Política Institucional de Administración del Riesgo en la que se establecen los roles y responsabilidades de las líneas de defensa, la cual esta siendo actualizada por la Oficina de Planeación. 11) Cada proceso estableció por las UTS, cuenta con un mapa de riesgos de gestión F-PL-13, en el que se estableció un plan de acción, se realizan monitoreos cuatrimestrales por parte de la Oficina de Planeación en los que se analiza si se materializó el riesgo, los controles, acciones y las evidencias para la toma de decisiones. 12) Se tienen los lineamientos mediante procedimiento P-GA- 11 para la atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones, incluyendo denuncias internas y externas y la identificación de los riesgos relacionados con la atención a PQRSDyF. Debilidades. 1) Analizar el aporte de la línea de denuncia interna en funcionamiento, para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.2) Establecer el protocolo para la identificación, declaración, gestió y desguimiento de los conflictos de intereses en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	**2%**
Evaluación de riesgos	Si	**94%**	Fortaleza: 1) Se estableció el plan de acción, los planes institucionales, programas y proyectos por el Comité de Gestión y Desempeño.2) La Alta Dirección a través del Sistema Integrado de Gestión y del Comite Institucional de Gestión y Desempeño realiza revisión de los resultados obtenidos en la gestión de los procesos institucionales con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y su articulación continua con la dirección estratégica de la Institución. 3) Se cuenta con Manual de funciones y con un mapa de procesos dividido en 20 procesos para cumplir las exigencias de la calidad y el aseguramiento académico 4) Teniendo en cuenta la estructura de la Política Institucional de Administración del Riesgo, esta es aplicable a todos los procesos, a los planes institucionales, a los programas, a los proyectos y a las acciones ejecutadas por los servidores públicos y contratistas de prestación de servicios. 5) Se realizó monitoreo y seguimiento a los controles contenidos en los mapas de riesgos institucionales. 6) La Institución en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 modificada por la Ley 2195 de 2022 estableció el PTEP, conforme a la Circular CIR25-00000026 del 6 de junio de 2025 de la Secretaria de Transparencia, en la que se refirió al artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, el cual difirió la obligatoriedad del Programa de Transparencia en el tiempo, estableciendo un periodo de transición de dos (2) años para las del orden territorial, para así poder transitar de Planes a Programas teniendo en cuenta el proceso de gestión al cambio que debe llevarse a cabo al interior de las entidades públicas, por lo anterior la institución se acogió y estableció el Plan de transición del PTEP de las Unidades Tecnológicas de Santander para su completa adecuación e integración, transversalidad e inclusión a los diferentes planes y plan de acción.7) Se realizó evaluación Independiente de la Oficina de Control Interno acorde con el Plan Anual de Auditorías. 8) Se realizó auditoría externa del Icontec al Sistema Integrado de Gestión - Calidad. 9) La Política institucional de Administración del Riesgo, establecida mediante Acuerdo No. 01-044 de noviembre 19 de 2021, en la cual para la adecuada gestión del riesgo (corrupción, gestión y seguridad de la información) de las Unidades Tecnológicas de Santander, define los responsables y frecuencia de reporte, atendiendo el esquema de líneas de Defensa, se esta realizando la actualización de la política institucional de acuerdo a la versión 7 de la Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. 10). Se realizaron las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité institucional de Coordinación de Control Interno en el que se presentó el informe de riesgos institucionales. Debilidades: 1) Analizar los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas 2). Capacitar y socializar al interior de la institución la nueva metodología de DAFP en materia de identificación de riesgos quienes les aplique, implementar las acciones y los nuevos versionamientos en las matrices de riesgo de acuerdo al nivel de responsabilidad. 3) Actualización de la política institucional de acuerdo a la versión 7 de la Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas.	**91%**	Fortaleza: 1) Se estableció el plan de acción, los planes institucionales, programas y proyectos por el Comité de Gestión y Desempeño.2) La Alta Dirección a través del Sistema Integrado de Gestión y del Comite Institucional de Gestión y Desempeño realiza revisión de los resultados obtenidos en la gestión de los procesos institucionales con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y su articulación continua con la dirección estratégica de la Institución. 3) Se cuenta con Manual de funciones y con un mapa de procesos dividido en 20 procesos para cumplir las exigencias de la calidad y el aseguramiento académico 4) Teniendo en cuenta la estructura de la Política Institucional de Administración del Riesgo, esta es aplicable a todos los procesos, a los planes institucionales, a los programas, a los proyectos y a las acciones ejecutadas por los servidores públicos y contratistas de prestación de servicios. 5) Se realizó monitoreo y seguimiento a los controles contenidos en los mapas de riesgos institucionales. 6) La Institución en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 modificada por la Ley 2195 de 2022 estableció el PTEP, conforme a la Circular CIR25-00000026 del 6 de junio de 2025 de la Secretaria de Transparencia, en la que se refirió al artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, el cual difirió la obligatoriedad del Programa de Transparencia en el tiempo, estableciendo un periodo de transición de dos (2) años para las del orden territorial, para así poder transitar de Planes a Programas teniendo en cuenta el proceso de gestión al cambio que debe llevarse a cabo al interior de las entidades públicas, por lo anterior la institución se acogió y estableciendo la transición al PTEP de las Unidades Tecnológicas de Santander para su completa adecuación e integración, transversalidad e inclusión a los diferentes planes y plan de acción.7) Se realizó evaluación Independiente de la Oficina de Control Interno acorde con el Plan Anual de Auditorías. 8) Se realizó auditoría externa del Icontec al Sistema Integrado de Gestión - Calidad. 9) La Política institucional de Administración del Riesgo, establecida mediante Acuerdo No. 01-044 de noviembre 19 de 2021, en la cual para la adecuada gestión del riesgo (corrupción, gestión y seguridad de la información) de las Unidades Tecnológicas de Santander, define los responsables y frecuencia de reporte, atendiendo el esquema de líneas de Defensa, se esta realizando la actualización de la política institucional. 10). Se realizaron las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité institucional de Coordinación de Control Interno en el que se presentó el informe de riesgos institucionales. Debilidades: 1) Analizar los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas 2). Capacitar y socializar al interior de la institución la nueva metodología de DAFP en materia de identificación de riesgos quienes les aplique, implementar las acciones y los nuevos versionamientos en las matrices de riesgo de acuerdo al nivel de responsabilidad.	**3%**
Actividades de control	Si	**100%**	Fortaleza: 1) El Sistema Integrado de Gestión está estructurado por procesos, teniendo en cuenta los requeridos por la normatividad existente y los necesarios para la operatividad de la institución. 2) Se encuentran los roles y responsabilidades establecidas de acuerdo a la Política del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, al Manual de Funciones donde se establecen las responsabilidades de cada cargo y el mapa de procesos 3) Conforme a la Política Institucional de Administración del Riesgo, se ha adoptado la metodología de administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información y el Diseño de Controles en Entidades Públicas. Se estableció el mapa de riesgos F-PL-13 de gestión y seguridad de la información y de corrupción 2024, se estableció el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024 (PAAC), al cual se le realizó monitoreo, seguimiento e informes de cumplimiento cuatrimestral para la Alta Dirección y la Política del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información junto al plan de seguridad y privacidad de la Información, en conjunto con el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información aprobado para la vigencia 2024 4) El Sistema Integrado de Gestión se encuentra integrado con la NTC – ISO 9001 / 2015. Sistema de Gestión de la Calidad. 5) En cumplimiento de la Política General del Sistema de Gestión de seguridad de la información, se elaboró y ejecuto el Plan de seguridad y privacidad de la Información 2024 de las Unidades Tecnológicas de Santander, con el debido acompañamiento y control. 6) El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo. 7) La Institución establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas, los procesos de gestión de la seguridad de la información. 8) Se solicita por los líderes de procesos y se evalúa por la Oficina de Planeación la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales para garantizar la aplicación adecuada de las de las principales actividades de control.	**92%**	Fortaleza: 1) El Sistema Integrado de Gestión está estructurado por procesos, teniendo en cuenta los requeridos por la normatividad existente y los necesarios para la operatividad de la institución. 2) Se encuentran los roles y responsabilidades establecidas de acuerdo a la Política del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, al Manual de Funciones donde se establecen las responsabilidades de cada cargo y el mapa de procesos 3) Conforme a la Política Institucional de Administración del Riesgo, se ha adoptado la metodología de administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información y el Diseño de Controles en Entidades Públicas. Se estableció el mapa de riesgos F-PL-13 de gestión y seguridad de la información y de corrupción 2024, se estableció el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024 (PAAC), al cual se le realizó monitoreo, seguimiento e informes de cumplimiento cuatrimestral para la Alta Dirección y la Política del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información junto al plan de seguridad y privacidad de la Información, en conjunto con el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información aprobado para la vigencia 2024 4) El Sistema Integrado de Gestión se encuentra integrado con la NTC – ISO 9001 / 2015. Sistema de Gestión de la Calidad. 5) En cumplimiento de la Política General del Sistema de Gestión de seguridad de la información, se elaboró y ejecuto el Plan de seguridad y privacidad de la Información 2024 de las Unidades Tecnológicas de Santander, con el debido acompañamiento y control. 6) El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo. 7) La Institución establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas, los procesos de gestión de la seguridad de la información. 8) Se solicita por los líderes de procesos y se evalúa por la Oficina de Planeación la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales para garantizar la aplicación adecuada de las de las principales actividades de control.	**8%**

Información y comunicación	Si	**96%**	Fortaleza: 1) Se cuenta con Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información de las UTS, alineadas con la NTC/IEC ISO 27001:2022, la estrategia de gobierno digital, la Política de Seguridad de la Información y la Política de Administración del Riesgo de las UTS, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, siendo aplicable a todos los activos de información en operación de las UTS, al igual que a toda la comunidad académica que desempeñe alguna labor dentro de la institución, apoyado anualmente en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. La Institución ha desarrollado e implementado lineamientos y actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. 2) Se adoptó la política de tratamiento de la información y protección de datos. 3) Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas como las pantallas digitales, el correo institucional, pagina web institucional y espacios con colaboradores. 4) La Institución cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar y el grupo específico a quien va dirigida. 5) La Institución realiza monitoreo y seguimiento al avance a los planes y estrategias de apalancamiento en cuanto a Información y Comunicación por medio del Comité de Gestión y Desempeño.6) Las Unidades Tecnologías de Santander cuenta con un proceso para la recepción de la información entrante y la respuesta requerida desde el Grupo de Atención al ciudadano. 7) Se tienen los lineamientos mediante procedimiento P-GA-11 para la atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y/o Felicitaciones, incluyendo denuncias internas y externas y la identificación de los riesgos relacionados con la atención a PQRSD. 8) Se creó cuenta de correo electrónico, para que los servidores públicos realicen las sugerencias, recomendaciones y peticiones orientadas a mejorar las acciones de implementación del Código de Integridad en la Institución. 9) Se mantiene la utilización del One Drive para almacenar la información en la nube conforme con las tablas de retención documental actualizadas mediante Resolución Rectoral No. 02-439 de 3 de mayo de 2022, se realizaron capacitacione. 10) Se da a conocer la información institucional en la página web institucional en el menú de transparencia para dar cumplimiento a la política de transparencia y facilitar el acceso a la información conforme a lo establecido por la normatividad existente. 11) Se cuenta con la encuesta de Satisfacción realizada semestralmente, como mecanismo caracterización y de evaluación de la Satisfacción del Cliente y la encuesta de percepción de medios institucionales establecida en el Plan Estratégico de Comunicaciones realizada anualmente .	**100%**	Fortaleza: 1) Se cuenta con Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información de las UTS, alineadas con la NTC/IEC ISO 27001:2022, la estrategia de gobierno digital, la Política de Seguridad de la Información y la Política de Administración del Riesgo de las UTS, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, siendo aplicable a todos los activos de información en operación de las UTS, al igual que a toda la comunidad académica que desempeñe alguna labor dentro de la Institución, apoyado anualmente en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. La Institución ha desarrollado e implementado lineamientos y actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. 2) Se adoptó la política de tratamiento de la información y protección de datos. 3) Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas como las pantallas digitales, el correo institucional, pagina web institucional y espacios con colaboradores. 4) La Institución cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar y el grupo específico a quien va dirigida. 5) La Institución realiza monitoreo y seguimiento al avance a los planes y estrategias de apalancamiento en cuanto a Información y Comunicación por medio del Comité de Gestión y Desempeño.6) Las Unidades Tecnologías de Santander cuenta con un proceso para la recepción de la información entrante y la respuesta requerida desde el Grupo de Atención al ciudadano. 7) Se tienen los lineamientos mediante procedimiento P-GA- 11 para la atención a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y/o Felicitaciones, incluyendo denuncias internas y externas y la identificación de los riesgos relacionados con la atención a PQRSD. 8) Se creó cuenta de correo electrónico, para que los servidores públicos realicen las sugerencias, recomendaciones y peticiones orientadas a mejorar las acciones de implementación del Código de Integridad en la Institución. 9) Se mantiene la utilización del One Drive para almacenar la información en la nube conforme con las tablas de retención documental actualizadas mediante Resolución Rectoral No. 02-439 de 3 de mayo de 2022, se realizaron capacitaciones para socializar la actualización. 10) Se da a conocer la información institucional en la página web institucional en el menú de transparencia para dar cumplimiento a la política de transparencia y facilitar el acceso a la información conforme a lo establecido por la normatividad existente. 11) Se cuenta con la encuesta de Satisfacción realizada semestralmente, como mecanismo caracterización y de evaluación de la Satisfacción del Cliente y la encuesta de percepción de medios institucionales establecida en el Plan Estratégico de Comunicaciones realizada anualmente .	**-4%**
Monitoreo	Si	**100%**	1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprobó el Plan Anual de Auditorias y evalúa periódicamente los resultados de los informes de Auditoría presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Programa anual de Auditorías y los resultados de los seguimientos e informes de Ley. 2) La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones. 3) Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreos por parte de la Oficina de Planeación, por lo que se llevó acabo auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión SIG, acorde con la Norma ISO 9001: 2015. 4) Se realizó auditoria externa al sistema de gestión; conforme a la Certificación: ISO 9001:2015 por parte del Icontec, se realiza la formulación e implementación de las acciones de mejora por parte de los líderes de los procesos 5) A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno para determinar acción de mejora. 7) Alta dirección de la Institución permanentemente atiende todos los informes y evaluaciones externas que se reciben y les ha dado prioridad con el ánimo de mejorar sus resultados, su gestión, encaminados al mejoramiento continuo y la gestión de los riesgos previniendo su materialización.6) La Institución cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. 7) La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el sistema de control interno. 8) Se realiza seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento. 9) Se evaluó las actividades de la Oficina de Atención al Ciudadano respecto a la gestión sobre PQRSDyF.	**100%**	1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprobó el Plan Anual de Auditorias y evalúa periódicamente los resultados de los informes de Auditoría presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Programa anual de Auditorías y los resultados de los seguimientos e informes de Ley. 2) La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones. 3) Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreos por parte de la Oficina de Planeación, por lo que se llevó acabo auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión SIG, acorde con la Norma ISO 9001: 2015. 4) Se realizó auditoria externa al sistema de gestión; conforme a la Certificación: ISO 9001:2015 por parte del Icontec, se realiza la formulación e implementación de las acciones de mejora por parte de los líderes de los procesos 5) A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno para determinar acción de mejora. 7) Alta dirección de la Institución permanentemente atiende todos los informes y evaluaciones externas que se reciben y les ha dado prioridad con el ánimo de mejorar sus resultados, su gestión, encaminados al mejoramiento continuo y la gestión de los riesgos previniendo su materialización.6) La Institución cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. 7) La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el sistema de control interno. 8) Se realiza seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento. 9) Se evaluó las actividades de la Oficina de Atención al Ciudadano respecto a la gestión sobre PQRSDyF.	**0%**