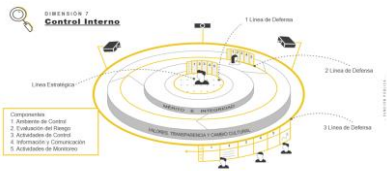


Nombre de la Entidad:	UNIDADES TECNOLÓGICAS DE SANTANDER
Periodo Evaluado:	ENERO - JUNIO DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	97%
---	-----

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. Igualmente, se evidenció que desde la Línea Estratégica (a través de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y de Coordinación de Control Interno) se analizan y se toman decisiones sobre asuntos referentes a todos y cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo).
¿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 adoptó la Política Institucional de Administración del Riesgo, mediante acuerdo No. 01-044 de noviembre 19 de 2021, emitido por el Consejo Directivo, la cual define los roles y responsabilidades, teniendo en cuenta los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia entre otras, en este marco general, para una adecuada gestión 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 estableció que la institución, mediante acuerdo del Consejo Directivo No. 01-044 de noviembre 19 de 2021 actualizó la política institucional de Administración del Riesgo en cumplimiento a lo establecido en la versión 5 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, que contempla los roles y responsabilidades de las líneas de defensa: Estratégica: Rector y Alta Dirección, Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; Primera Línea de Defensa: Líderes de Proceso, Segunda Línea de Defensa: Oficina de Planeación; Tercera Línea de Defensa: Oficina de Control Interno y sus responsabilidades frente al riesgo.

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
------------	---	----------------------------------	--	--	---

Ambiente de control	Si	100%
Evaluación de riesgos	Si	95%
Actividades de control	Si	92%

Fortalezas: 1) Los servidores públicos, docentes y contratistas de las Unidades Tecnológicas de Santander al momento de su vinculación durante el primer semestre de 2022, se comprometieron con el código de integridad, fueron 1.375 personas que diligenciaron el formato F-GA-47 ACTA DE COMPROMISO - CÓDIGO DE INTEGRIDAD, en el primer cuatrimestre del año 2022, del personal vinculado en la planta global, así como el personal de apoyo CPS y Docentes de Vinculación Especial, 244 realizaron con el DAFP el curso de "integridad, transparencia y lucha contra la corrupción". 2) La Dirección Administrativa de Talento Humano, en el primer cuatrimestre de la vigencia 2022, inició la implementación de la estrategia digital "Crónicas", para fomentar la vivencia de los Valores del Servicio Público, con las diferentes dependencias de la institución a través de video clic. 3) La Dirección Administrativa de Talento Humano, diseñó el Protocolo de Conflicto de Intereses, junto con los formatos y canales apropiados por la Institución para el reporte oportuno de una posible situación de Conflicto de Intereses. 4) El Comité CICC mediante acta No. 01-2022 de febrero 8 aprueba el Plan Anual de Auditorías. 5) Se estableció en el encabezado de la página web institucional línea de denuncia anticorrupción.Las UTS implementó acciones de capacitación sobre la gestión de conflicto de intereses, su declaración proactiva, en cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el trámite de los impedimentos y recusaciones. 6) Diseño de herramienta ofimática, que permita realizar seguimiento y monitoreo a las declaraciones de conflicto de intereses, presentadas por parte de los servidores públicos de la Institución, a través de los líderes de los grupos internos de trabajo. 7) Seguimiento y monitoreo a las declaraciones de conflicto de intereses identificadas como zonas de riesgos; a través de la herramienta de ofimática implementada. 8) La dirección Administrativa de Talento Humano, diseñó el formato Declaración de Conflicto de Intereses; el cual, se formalizó en la base documental de las Unidades Tecnológicas de Santander, a través del formato F-GA-59 Declaración de Conflicto de Intereses, socializado el día 19 de abril de la presente vigencia, por medio de correo electrónico a todo el personal de planta activo. 10) En el mapa de riesgos del proceso de Gestión TIC, se tienen identificados los riesgos relacionados con la seguridad de la información. Se observó en la matriz del proceso que los controles se encuentran diseñados en lo relacionado con: responsable, procedimiento, actividad, controles establecidos y evidencia. Se recomienda documentar las acciones en caso de desviaciones y/o excepciones de los controles. 11) Se realizó la elaboración e implementación de 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 versión 5 diciembre 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual establece la elaboración e implementación de la Política de Administración de Riesgos. 12) 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 Debilidades. 1) Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor.
Fortaleza: 1) La Alta Dirección a través del Sistema Integrado de Gestión realiza revisión de los resultados obtenidos en la gestión de sus procesos institucionales con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y su articulación continua con la dirección estratégica de la Institución. 2) Teniendo en cuenta la estructura de la Política Institucional de Administración del Riesgo, 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. 3) La Oficina de Planeación consolida información clave frente a la gestión riesgo, realiza monitoreos cuatrimestrales. 4) En el Comité Institucional de Control Interno, la segunda línea de defensa - Oficina de Planeación, presentó los resultados del monitoreo a la eficacia de los controles de los riesgos del tercer cuatrimestre de 2021, conforme al acta de reunión No. 01-2022 de febrero 8. 5) La Institución en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, artículo 73 modificado por el Art. 31 de la Ley 2195 de 2022 cuenta con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en el que se encuentra el componente Mapa de riesgos de corrupción y las acciones para mitigarlos, así mismo conforme lo establece el Decreto smo124 de 2016 se realiza monitoreo y seguimiento al mismo.6) 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 las Unidades Tecnológicas de Santander, define los responsables y frecuencia de reporte, atendiendo el esquema de líneas de Defensa, de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles Versión 5.0 diciembre 2020. Debilidades: 1) La Alta Dirección debe evaluar fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.
Fortaleza: 1) Se realizó la elaboración e implementación de 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 versión 5 diciembre 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual establece la elaboración e implementación de la Política de Administración de Riesgos. 2) El Plan de seguridad y privacidad de la Información 2022, contiene los lineamientos del MSPi definido por MINTIC, el cual orienta a las entidades a la preservación de la confidencialidad, integridad, disponibilidad de la información y permite fijar los criterios para proteger la privacidad de la información. Las Políticas de seguridad de la información constituyen una parte fundamental del SGSI y MSPi de Gobierno Digital y se convierten en la base para la implementación de los controles, procedimientos definidos por las normas anteriormente mencionadas. 3) El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo. 4) La Institución establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas, los procesos de gestión de la seguridad. 5) Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales para garantizar la aplicación adecuada de las de las principales actividades de control. Debilidad: No se Atendiendo a la política institucional de administración del riesgo, no se cuenta con un mapa de riesgos institucional actualizado

95%	Fortalezas: 1. Compromiso con la integridad y principios del servicio público incluidos en los conflictos de interés. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, cumplen las funciones de forma clara realizando el seguimiento al diseño y efectividad de la estructura de control. 3. Se tiene establecida la planeación estratégica y se realiza el seguimiento. 4. Los procesos tienen mapas de riesgos. 5. Se da aplicación y cumplimiento código de integridad. 6. Se realizó la elaboración e implementación de la Política Institucional de Administración del Riesgo, adoptado la metodología de administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5 diciembre 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual establece la elaboración e implementación de la Política Institucional de Administración del Riesgo.7. Se actualizó el esquema de Líneas de Defensa acorde con la adopción de la Política Institucional de Administración del Riesgo. Debilidades: 1. Se deben establecer políticas claras relacionadas con la responsabilidad de cada Servidor, para el mantenimiento del Control Interno.
85%	Fortalezas: 1.Se realizó monitoreo y seguimiento a los controles contenidos en los mapas de riesgos institucionales. 2. Se modificó el mapa de procesos. 3. Se realizó evaluación Independiente de la Oficina de Control Interno acorde con el Plan Anual de Auditorías. Debilidades: 1. Se encuentran oportunidades de mejora en la verificación en el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos institucionales.
89%	Fortalezas: 1. Mediante Acuerdo No. 01-009 del 16 de abril de 2021 se adoptó la política de tratamiento de la información. 2. Se realizó Monitoreo y seguimiento cuatrimestral a controles de los mapas de riesgos institucionales. 3. Se ha socializado a la comunidad Uteista los cambios realizados a los formatos y procedimientos formalizados en el Sistema Integrado de Gestión.4. Se realizó la elaboración e implementación de la Política Institucional de Administración del Riesgo, adoptado la metodología de administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5 diciembre 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual estableció la elaboración e implementación de la Política Institucional de Administración del Riesgo. Debilidades: Realizar los ajustes al mapa de riesgos de gestión y corrupción acorde con la política institucional de administración del riesgo.

Información y comunicación	Si	98%	Fortaleza: 1) Se cuenta con la política general del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información siendo aplicable a todos los activos de información en operación de las Unidades Tecnológicas de Santander, al igual que a toda la comunidad académica que desempeñe alguna labor dentro de la Institución. La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes. 2) Se adopto la política de tratamiento de la información de las Unidades Tecnológicas de Santander. 3) Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas como el correo electrónico, la página web, las capacitaciones. 4) La Institución cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar. 5) Las Unidades Tecnológicas de Santander cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante y la respuesta requerida desde el Grupo de Atención al ciudadano. 6) 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 PQRSDF. 7) Se adopto la actualización de las Tablas de Retención Documental de las Unidades Tecnológicas de Santander mediante Resolución Rectoral No. 02-439 de 3 de mayo de 2022. 8) Se actualizó en la página web institucional el menú de transparencia acorde a lo establecido por la Ley 1712 de 2014, tomando como referencia la Matriz de Seguimiento diseñada por la Procuraduría General de la Nación y la Resolución 1519 de 2020 emitida por MINTIC. 9) Se cuenta con la encuesta de Satisfacción publicada en la página web institucional, siendo parte del Sistema de Gestión de Calidad para dar cumplimiento al numeral 9.1.2. Satisfacción del Cliente de la norma NTC ISO 9001:2015, así como al Modelo Integrado de Planeación y GestiónMIPG adoptado por la institución mediante Resolución No 02-196 del 21 de febrero de 2018, en cumplimiento del Decreto Nacional 1499 del 2017.	85%	Fortalezas: 1. Se difunde la información de calidad que se genera en toda la Institución, en la página web institucional en el menú de transparencia. 2. Se utiliza el One Drive para almacenar la información en la nube, organizada conforme con las tablas de retención documental. 3. Se cuenta con el Chat en línea para recepción de PQRSDF, la ventanilla única, atención telefónica, formulario electrónico en la página web y también se creó el correo institucional: peticiones@correo.uts.edu.co. 5. Se presentan informes trimestrales de PQRSDF por la Oficina de Atención al Ciudadano. 6. La Oficina de Control Interno rinde un informe semestral de PQRSDF a la alta dirección. Debilidades: 1. El One Drive debe organizarse de acuerdo a las tablas e retención documental.
Monitoreo	Si	100%	Fortaleza: 1) El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó el Plan Anual de Auditorías. 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. 4) 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. 5) La Institución cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. 6) La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el sistema de control interno. 6) En el Comité Institucional de Control Interno se presentaron los resultados de auditoría interna a la Oficina de Atención al Ciudadno con el fin de realizar evaluación de todas las actividades que adelanta esa dependencia específicamente en la gestión sobre PQRSDF.	100%	Fortalezas: 1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno evalúa periódicamente los resultados de los informes de Auditoría presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Plan Anual de Auditorías y evalúa los resultados de los seguimientos, generando recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento. 2. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno evalúa periódicamente los resultados de los informes de Informes de Ley presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Plan Anual de Auditorías. 3. Se llevaron a cabo auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión SIG, acorde con la Norma ISO 9001: 2015. Debilidades: Es importante fortalecer la autoevaluación y el autocontrol por parte de los líderes en los procesos, en su rol de primera línea de defensa.