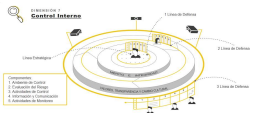


Nombre de la Entidad:		Renting de Antioquia, EICE - RENTAN	
Periodo Evaluado:		AÑO 2026- INFORME DEL 1 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025	
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad 70%	
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno			
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los componentes del MECI presentan avances en su proceso de implementación, orientados al fortalecimiento del Sistema de Control Interno. Durante el segundo semestre de la vigencia 2025 se realizaron auditorías, acciones de verificación, informes de ley y seguimientos a los procesos de RENTAN, contribuyendo a la mejora continua institucional. Para lograr una integración efectiva de la Política del Sistema de Control Interno con las demás políticas del MPPO, se requiere implementar acciones de fortalecimiento en su ejecución, con base en los lineamientos establecidos, así como garantizar el reporte oportuno a la línea estratégica para su evaluación y monitoreo. La entidad debe actualizar la política y los mapas de riesgos según lo establecido en la "Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas versión 7 del 2025" En relación con la administración del riesgo, la entidad cuenta con una política aprobada conforme a la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, noviembre de 2022, adoptada mediante Resolución de Gerencia General No. 179 de junio de 2024. Se dispone de un mapa de riesgos de corrupción y de algunos procesos, encontrándose pendiente su ajuste, así como la elaboración y aprobación del mapa de riesgos del proceso de Gestión Administrativa. Finalmente, la entidad se encuentra en proceso de construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública, en cumplimiento del Decreto 1122 de 2024 expedido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, lo cual representa un avance significativo en materia de integridad y transparencia institucional.	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Modelo Estándar de Control Interno de Renting de Antioquia, requiere que los componentes sean interiorizados y aplicados en todos los servidores públicos de la entidad y que a cada uno de los cinco componentes del Sistema se les de estricto cumplimiento. Se destacan las siguientes acciones evidenciadas durante la evaluación del Sistema de Control Interno: 1. Se continúa con el fortalecimiento de las líneas de defensa a la interior de la entidad. 2. El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encuentran adoptados mediante acto administrativo y están activos. 3. Se cuenta con Plan Estratégico Institucional para el periodo 2024-2027 aprobado y publicado. 4. Se cuentan con mapas de riesgos de corrupción. 5. Durante el segundo semestre de 2025, la Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a los controles establecidos en los mapas de riesgos, verificando su aplicación y cumplimiento, lo que contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la mitigación de riesgos institucionales. 6. Se cuenta con mapas de riesgos por procesos.	
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	Renting de Antioquia tiene identificado y establecido los roles, competencias y responsabilidades de las Líneas de Defensa que permite la toma de decisiones, y la aplicación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MPPO, así como del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el DAFP. Además del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno se encuentra creado el Comité de Gerencia, 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. Se cuenta con la Dirección de Planeación Institucional (Segunda línea de defensa).	

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	81%	Fortalezas: 1. Se evidencia Resolución GG No. 30 del 23 de febrero de 2024, código de integridad se tiene publicado y socializado 2. El mapa de riesgos de corrupción se encuentra aprobado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante acta N°7 del 5 de diciembre de 2024. 3. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encuentra aprobado y en funcionamiento. 4. La entidad realiza actualización de las hojas de vidas de los servidores en el aplicativo SIGEP. 5. Se define el esquema de líneas de defensa en la política de administración de riesgos. 6. La política de administración de riesgos se encuentra aprobada mediante Acta No.3 del 2024. 7. Plan Estratégico Institucional aprobado mediante Resolución de Junta Directiva No. 06 del 25 de Julio de 2024. 8. Política de talento humano aprobada en acta No. 7 del 5 de diciembre de 2024. 9. Planes Institucionales publicados en la página web. 10. Comités creados y funcionales Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, Comité Institucional de Gestión y Desempeño; - Comité de Contratación; - Comité de Convivencia Laboral; - Comité de Gerencia, Comité de Conciliación; -Comité de Sostenibilidad contable, Comité de activos fijos. 11. Se tiene aprobado Procedimiento manejo de conflicto de intereses Debilidades: 1. La entidad debe implementar lineamientos o documento para la identificación, prevención y valoración de la información privilegiada. 2. Avanzar en la actualización de los documentos que faltan aprobación mediante comité Institucional de Gestión y Desempeño. 3. Actualización de manual de funciones y competencias laborales. 4. La entidad debe implementar acciones para mejorar la oportunidad y calidad del reporte de información.	75%	Fortalezas: 1. Se evidencia Resolución GG No. 30 del 23 de febrero de 2024, código de integridad se tiene publicado y socializado 2. El mapa de riesgos de corrupción se encuentra aprobado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante acta N°7 del 5 de diciembre de 2024. 3. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encuentra aprobado y en funcionamiento. 4. La entidad realiza actualización de las hojas de vidas de los servidores en el aplicativo SIGEP. 5. Se define el esquema de líneas de defensa en la política de administración de riesgos. 6. Plan Estratégico Institucional aprobado mediante Resolución de Junta Directiva No. 06 del 25 de Julio de 2024. 7. Política de talento humano aprobada en acta No. 7 del 5 de diciembre de 2024. 8. Planes Institucionales publicados en la página web al 31 de enero de 2025. 9. Comités creados y funcionales Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, Comité Institucional de Gestión y Desempeño; - Comité de Contratación; - Comité de Convivencia Laboral; - Comité de Gerencia, Comité de Conciliación; -Comité de Sostenibilidad contable, Comité de activos fijos. La Oficina de Control Interno realizó acción de verificación a los comités, durante el primer semestre de la vigencia 2025. 10. Durante el primer semestre de la vigencia 2025, se evidencia inclusión del tema de integridad en las jornadas de inducción que realiza la entidad. 11. El procedimiento de conflicto de intereses, fue aprobado mediante Acta No 5 del 3 de junio de 2025, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 12. La Oficina de Control Interno, como responsable de la tercera Línea de Defensa, durante el mes de junio de 2025, realizó seguimiento a la elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública en cumplimiento de la ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024. 13. Durante el primer semestre de 2025 se aprobó el mapa de riesgos del proceso de Gestión Humana, mediante Acta No 5 de 3 de junio de 2025, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 14. La Oficina de Control Interno durante el mes de enero de 2025, realizó seguimiento al Plan Estratégico Institucional de la entidad. 15. La Oficina de Control Interno realizó en el mes de junio de 2025, Acción de verificación al pago de "nómina y prestaciones sociales" encontrado que la entidad cumple con su pago oportuno. 16. Se cuenta con la aprobación de mapas de riesgos de 12 de los 13 procesos con una cuenta la entidad.	6%
Evaluación de riesgos	Si	62%	Fortalezas: 1. Se cuenta con una política de administración del riesgo actualizada, Adoptada mediante Resolución 179 de junio de 2024. 2. Mapa de riesgos de corrupción en Acta N°7 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 5 de diciembre de 2024 3. En comités de gerencia se realiza seguimiento a los informes, auditorías, acciones de verificación realizados por la Oficina de Control interno, y Dirección de Planeación Institucional. 4. Nombramiento de la Directora de Planeación Institucional (segunda línea de defensa - líder gestión de riesgos). 5. Durante el segundo semestre de 2025, la Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a los controles establecidos en los mapas de riesgos, verificando su aplicación y cumplimiento, lo que contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la mitigación de riesgos institucionales. 6. Aprobación de mapas de riesgos de los 13 procesos. Debilidades: 1. Consolidación de un mapa de riesgos institucional 2. Ajustar el mapa de riesgos de corrupción. 3. La entidad debe mejorar el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora establecidas en los planes de mejoramiento. 4. La entidad debe actualizar la política y los mapas de riesgos y mapa de corrupción según lo establecido en la "Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas versión 7 del 2025" 5. Culminar la documentación y aprobación de los procesos, lo cual es necesario para garantizar la integridad y formalización del Sistema de Gestión de la Calidad	63%	Fortalezas: 1. Se cuenta con una política de administración del riesgo actualizada, Adoptada mediante Resolución 179 de junio de 2024. 2. Se aprobó el mapa de riesgos de corrupción en Acta N°7 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 5 de diciembre de 2024 3. En comités de gerencia se realiza seguimiento a los informes, auditorías, acciones de verificación realizados por la Oficina de Control interno, y Dirección de Planeación Institucional. 4. Durante la vigencia 2024 se realizó el nombramiento de la Directora de Planeación Institucional (segunda línea de defensa - líder gestión de riesgos). 5. Durante el primer semestre de la vigencia 2025, se aprobaron los mapas de riesgos de Talento Humano mediante acta No 5 de junio 3 de 2025. El de Gestion Comercial y Gestión de Comunicaciones, mediante Acta No 3 del 12 de marzo de 2025 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 6. Durante el primer semestre de la vigencia 2025, la Dirección de Planeación Institucional realizó seguimiento a los controles establecidos en los mapas de riesgos de cada proceso. 7. La Oficina de Control Interno durante el mes de mayo de 2025 realizó seguimiento a la elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública. 8. La Oficina de Control Interno lideró en el mes de mayo de 2025 la realización de la semana de la "Cultural del Control" la cual se enfocó en el tema de "Riesgos y Controles" 9. Acta No 3 del 12 de marzo de 2025, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se aprueban los indicadores de los procesos de Mejoramiento Continuo, Gestión Comercial, Gestión de Comunicaciones, Gestión Financiera y Gestión Jurídica. Debilidades: 1. Ajustar el mapa de riesgos de corrupción. 2. Continuar con la mejora en el tema de gestión de riesgos. 3. Elaborar y someter a aprobación el mapa de riesgos de Gestión Administrativa. 4. La entidad debe mejorar el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora establecidas en los planes de mejoramiento. 4. Realizar seguimientos que permitan identificar si en la entidad se han materializado riesgos y realizar su respectivo tratamiento.	-1%

Actividades de control	SI	50%	Fortalezas: 1. Se cuenta con la Política de Administración de Riesgos. 2. Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción. 3. Se cuenta con área de Control Interno dentro de la Estructura Organizacional (* 1 Jefe de Oficina de Control Interno – Nombrado por el Gobernador como máxima autoridad administrativa territorial, * 1 Coordinadora de Control Interno, * 1 Auxiliar de Control Interno.) 4. Durante el segundo semestre se realizó sesión del comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno Debilidades: 1. No se tiene aplicación de los lineamientos y metodologías para administrar los riesgos teniendo en cuenta los cambios de la entidad y el entorno. 2. Se debe culminar con la documentación de los Procesos, en especial para este componente el de Gestión de Tecnologías de la Información 3. Analizar el tema de designación de supervisión, con el fin de evitar que en un solo servidor público se concentre la supervisión de varios contratos. 4. Ajustar el mapa de riesgos de corrupción.	54%	Fortalezas: 1. Se cuenta con la Política de Administración de Riesgos. 2. Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción. 3. Se cuenta con área de Control Interno dentro de la Estructura Organizacional (* 1 Jefe de Oficina de Control Interno – Nombrado por el Gobernador como máxima autoridad administrativa territorial, * 1 Coordinadora de Control Interno, * 1 Auxiliar de Control Interno (vacante)) Además se cuenta con apoyo jurídico bajo la modalidad de prestación de servicios. Debilidades: 1. No se tiene aplicación de los lineamientos y metodologías para administrar los riesgos teniendo en cuenta los cambios de la entidad y el entorno. 2. Se tiene pendiente la aprobación de la política de ciberseguridad y el procedimiento o lineamientos de control de accesos. 3. Analizar el tema de designación de supervisión, con el fin de evitar que en un solo servidor público se concentre la supervisión de varios contratos. 4. Pendiente aprobación de documentos relacionados con la privacidad y confidencialidad de la información.	-4%
Información y comunicación	SI	63%	Fortalezas: 1. la entidad tiene canales de difusión internos como: Correo institucional, la plataforma Teams, grupo de WhatsApp y las carteleras institucionales. 2. Medición de la satisfacción del cliente interno y externo. 3. Se elaboró y se encuentra aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la caracterización del proceso de Gestión de comunicación y el Manual de marca. 4. Durante el segundo semestre se aprobó el mapa de riesgos del proceso de Gestión Administrativa. 5. Aprobación ante el Consejo Departamental de Archivos, de las Tablas de Retención Documental- TRD. 6.Aprobación del proceso de Gestión de comunicaciones Debilidades: 1. Mejorar la oportunidad de respuesta de las PQRS. 2. Mejorar la estrategia de rendición pública de cuentas. 3. La entidad no cuenta con un inventario de información relevante. 4. Fortalecer las políticas de gestión documental y archivística. 5. continuar con la actualización del proceso de Gestión de Tecnologías de la información.	55%	Fortalezas: 1. la entidad tiene canales de difusión internos como: Correo institucional, la plataforma teams, grupo de whatsapp y las carteleras institucionales. 2. Medición de la satisfacción del cliente interno y externo. 3. Durante el primer semestre de la vigencia 2025 se avanzó en la documentación del proceso de Gestión de Comunicaciones, con la aprobación de los siguientes documentos por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño: Política de Comunicaciones, política de servicio al ciudadano, procedimiento atención vía telefónica, procedimiento atención en territorio, procedimiento atención personas con discapacidad, procedimiento publicación en medios internos, procedimiento diseño de estrategias, creación de campañas y piezas externas, procedimiento para publicación y actualización del sitio web de Rentan, procedimiento gestión a las PQRSO, protocolo de voceros, manual de fotografía y videos básicos en territorio, formato encuesta de satisfacción, formato de registro atención presencial y/o telefónica, encuesta de satisfacción presencial y telefónica, mapa de riesgos proceso de comunicaciones. 4. Durante el primer semestre de la vigencia 2025 se avanzó en la documentación del proceso de Tecnologías de la Información - TI, con la aprobación de los siguientes documentos por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño: Política de Gobierno Digital, Política de seguridad digital, Procedimiento Gestión de parches de seguridad, Procedimiento de gestión y atención de servicios digitales, procedimiento de software, procedimiento gestión de contraseñas, procedimiento hardware, instructivo gestión de contraseñas, instructivo mesa de servicios. Debilidades: 1. Mejorar la oportunidad de respuesta de las PQRS. 2. Continuar con el trámite de aprobación ante el Consejo Departamental de Archivos, de las Tablas de Retención Documental- TRD. 3. Mejorar la estrategia de rendición pública de cuentas. 4. La entidad no cuenta con un inventario de información relevante. 5. Someter a probación el documento de caracterización de grupos de valor. 6. Fortalecer las políticas de gestión documental y archivística. 7.continuar con la documentación del proceso de Gestión de Tecnologías de la información. 8. Establecer acciones que permitan mejorar el porcentaje de satisfacción y el número de personas que diligencian la encuesta cliente interno y externo.	8%
Monitoreo	SI	95%	Fortalezas: 1. Se contó con Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del sistema de Control Interno y presenta un 100% de ejecución. 2. Matriz de rendición de informes de la entidad aprobada. 3. Implementación del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno. 4. Se han realizado las auditorías internas contempladas en el plan de auditoria. 5.Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento. 6. El esquema de las líneas de defensa se encuentra documentada en la política de administración de riesgos. 7. Se tienen establecidos Planes de mejoramiento producto de la autoevaluación o evaluación de la segunda línea de defensa Debilidades: 1. Falta de acciones provenientes de ejercicios de autoevaluación de parte de la primera y segunda línea de defensa. 2. Falencias en el cumplimiento oportuno de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento como resultado de auditorías internas y externas.	95%	Fortalezas: 1. Se cuenta con Plan Anual de Auditoría adoptado para la vigencia 2025, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del sistema de Control Interno mediante Acta No 4 de diciembre de 2025. 2. Matriz de rendición de informes de la entidad aprobada y se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno. 3. Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno funcionando. 4. Se evidencia cumplimiento del plan de auditoría de la vigencia 2025, con corte al 30 de junio de 2025. 5.Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento y se presentó informe de avance al Comité de Gerencia y a la Junta Directiva. 6. El esquema de las líneas de defensa se encuentra documentada en la política de administración de riesgos aprobada en junio de 2024. 7. Se realiza evaluación de auditores por parte del auditado, al finalizar las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno. 8. La Oficina de Control Interno, socializa en el Comité de Gerencia, los informes resultado de auditorías, acciones de verificación y seguimientos. Debilidades: 1. Falta de acciones provenientes de ejercicios de autoevaluación de parte de la primera y segunda línea de defensa. 2. Falencias en el cumplimiento oportuno de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento como resultado de auditorías internas y externas. 3. Se debe mejorar el análisis de riesgos en la contratación.	0%