

Nombre de la Entidad:	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES		
Período Evaluado:	ENERO 01 A JUNIO 30 DE 2020		
Estado del Sistema de Control Interno de la entidad			75%
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	A la fecha del presente informe (Junio 30 de 2020) de evaluación del Sistema de Control Interno, y a través de la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno, se concluye que los componentes del SCI que hacen parte de "MIPG- Séptima Dimensión" se encuentran en un avance del 75.00 % , lo cual conlleva a la entidad a establecer un plan de mejora para llegar a una adaptación de la Séptima Dimensión de MIPG. Por lo anterior, se debe continuar trabajando en la armonización del Modelo para lograr la alta calidad, en la prestación de los servicios y cumplir los objetivos institucionales.	
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Una vez analizados los cinco (5) componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno, así como cada uno de los interrogantes, las reepuestas dadas, los seguimientos efectuados a las evidencias suministradas por los responsables de los procesos, se concluye que a la fecha corte de Junio 30 de 2020, el Sistema de Control Interno, viene mejorando su efectividad en el desarrollo de una mejora continua que permita alcanzar un alto nivel el cumplimiento de los objetivos institucionales.	
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	Dentro de la estructura organizacional, los procesos, procedimientos y demás instrumentos adoptados, se pudo evidenciar que dentro del Sistema de Control Interno existen y se evidencian avances significativos de ejecución pero se requiere que operen todas las líneas de defensa, las cuales juegan un papel importante frente al Sistema de Control Interno para una asertiva toma de decisiones en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	

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	67%	FORTALEZAS: - Código de Integridad adoptado por acto administrativo, se evidenció en vigencia anterior (2019) la realización de actividades de interiorización de los principios y valores a través de acciones realizadas por la Oficina de Personal. - Se consolidan informes de gestión para ser llevados a la revisión por la Alta Dirección donde se definen los correctivos y ajustes necesarios para alcanzar las metas y objetivos institucionales. - Existen y se han adoptado planes estratégicos, planes de acción, y planes de mejoramiento a los cuales se le realiza seguimiento periódico. - Se evidenció el proceso de evaluación del impacto del plan Institucional de capacitación de la vigencia 2019. DEBILIDADES: - Los resultados de las evaluaciones de la segunda línea de defensa no son presentados al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, tales como Talento Humano, Comunicación Institucional, Seguridad de la Información, entre otros. - La entidad requiere avanzar en la adopción de las políticas definidas y exigidas en MIPG Séptima Dimensión, es decir el SCI. - La Oficina de Personal trabajó en los lineamientos de Talento Humano y se hace necesario implementar la política de talento humano, como eje dinamizador del Sistema Integrado de Gestión y de MIPG. - Se deben tener en cuenta los cambios en el entorno por el COVID 19 para actualizar los riesgos. - Se hace necesario actualizar la Política de Comunicación, así como los procedimientos y demás documentos asociados.			67%
Evaluación de riesgos	Si	75%	FORTALEZAS: - La institución tiene definidos los procesos, planes y programas para el cumplimiento de la vigencia, definiendo acciones medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo definido. - La Alta Dirección cuenta con informe consolidado de seguimiento y evaluación de las metas definidas en cada proceso a través de las metas y estrategias adoptadas. - Se evidenció adopción de Política de Gestión del Riesgo. - Se avanza y se cumple en alto nivel con la elaboración y presentación de los informes de Ley en materia de control interno. DEBILIDADES: - Aunque la Oficina de Control Interno, a través del seguimiento a los riesgos institucionales, pudo evidenciar que se han materializaron algunos de los riesgos, verificando que no se atienden las recomendaciones dadas en los informes de auditoría y de seguimiento. - No se evidencia un estricto monitoreo a las acciones generadas del monitoreo de riesgos por parte de los responsables de los procesos. - Aunque existe política de gestión de riesgos y se tiene una matriz de riesgos publicada, se requiere validar periódicamente los controles para su mitigación. - Se pudo evidenciar dentro del proceso de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así como al seguimiento que se realiza a los riesgos institucionales, definidos dentro del Mapa de riesgos institucional que el mismo no es utilizado como un instrumento para mejorar la gestión y los controles de los procesos institucionales, adicional a esto, dentro del Mapa de Riesgos no se identificaron Riesgos del Proceso de Gestión del Sistema Nacional de Medicina Legal. - No se dispone dentro del Mapa Institucional de riesgos, los relacionados con seguridad digital.			75%
Actividades de control	Si	73%	FORTALEZAS: - Se cumple en alto nivel la adecuada división de funciones y segregadas en diferentes personas que participan y apoyan cada uno de los procesos institucionales. - Se pudo identificar dentro de la planificación institucional y las necesidades reportadas en el plan de contratación, las medidas de control propuestas para satisfacer las necesidades específicas identificadas. - Se dispone de la adopción del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información. - Se evidencia que dentro de los recursos informáticos y aplicaciones institucionales existe una adecuada definición de roles y usuarios. DEBILIDADES: - La entidad ha diseñado sistemas de información y aplicativos (adquisición) para capturar y procesar información de ámbito misional y de apoyo pero se requiere que dichas aplicaciones se adecuen para automatizar los indicadores institucionales requeridos para medir la gestión de la entidad. - Evaluar los canales de comunicación que debe utilizarse para visualizar la información a los partes interesadas y los contenidos de los mismos. - Se hace necesario continuar con el desarrollo de las caracterizaciones de usuarios para los demás procesos de la entidad y realizar su socialización. - Se requiere actualizar y socializar la Política de Comunicación y los documentos asociados a la misma. - Se pudo observar que no se ha adoptado la Política de Seguridad Digital. Solo se dispone de la Creación del Comité de Seguridad Digital, el cual requiere empoderarse de los asuntos pertinentes. - Se evidenció debilidad en los mecanismos de control en el proceso de revisión periódica de documentos del SIG, tales como: cambios normativos, la actualización de los instrumentos de gestión (proceso políticas, instructivos, manuales etc). - Se pudo establecer que se han materializado algunos de los riesgos de corrupción durante la vigencia de 2019 y que requieren del especial control y seguimiento en los procesos institucionales, especialmente en el proceso misional. - No obstante el avance en la adecuación de controles al interior de la institución - existe bajo nivel en el seguimiento de las acciones preventivas, acciones correctivas y de mejora, producto de las auditorías internas y del análisis de los riesgos institucionales.			73%
Información y comunicación	Si	73%	FORTALEZAS: - El Instituto viene dando cumplimiento a lo definido en la Ley 1712 de 2014 y las demás relacionadas con la Política de Transparencia y Acceso a la Información, la cual se encuentra implementada con avances significativos para el logro de las metas y objetivos institucionales. - La Alta Dirección cuenta con mecanismos idóneos para dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, donde todos los responsables de los procesos y participantes conocen su contenido y se apropian del mismo. - Existen instrucciones y lineamientos para las comunicaciones internas y externas en la entidad. - Se han implementados procesos para el trámite y gestión de denuncias verbales y escritas en la entidad. DEBILIDADES: - La trazabilidad de los PQRSD registrados requiere mayor seguimiento en cuanto a la gestión oportuna y las acciones de mejora que se deben adaptar para que no se vuelvan recurrentes. - No se cuenta en la actualidad con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas. - No se cuenta con una caracterización de usuarios o grupos de valor institucional consolidado, solo se logra evidenciar de forma parcial caracterizaciones de los procesos misionales.			73%
Monitoreo	Si	86%	FORTALEZAS: - La entidad tiene adoptado el Sistema de Control Interno. - Se cumple con la aprobación del plan de auditoría y asesorías por parte del Comité Institucional de Coordinador de Control Interno. - Los informes de Ley, los seguimientos y evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno son comunicados a la Alta Dirección y a los responsables de los procesos. - La Oficina de Control Interno cuenta con evidencias de la realización de las evaluaciones independientes periódicas, tomando como referencia el plan de auditorías que contiene: los informes de Ley, seguimientos y evaluaciones, que permiten verificar el diseño y operación de los controles definidos los procesos, en el mapa de riesgos, procedimientos y demás instrumentos adoptados por el Instituto. - Dentro del Sistema Integrado de Gestión se tienen acreditados algunos laboratorios y organismos de inspección para los cuales se realizan auditorías las cuales han sido de gran valor y aporte para el mejoramiento institucional. - El Instituto, adopta planes de mejoramiento conforme las auditorías que le han realizado los entes externos de control, de vigilancia y de regulación según el caso. - La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realiza evaluaciones independientes consolidadas en el Plan Anual de Auditorías de acuerdo a los objetivos y criterios establecidos dentro del Procedimiento de Auditorías Internas del Instituto. DEBILIDADES: - La Oficina de Control interno comunica el resultado de los informes de auditoría a la Alta Dirección, pero no se toman acciones que permitan la mejora de las debilidades reportadas en los informes. - Se requiere control oportuno sobre las situaciones administrativas (Licencias, retiros, traslados) de los Servidores públicos que se encuentran aun activos en los aplicativos institucionales. - Se requiere mayor control y monitoreo sobre los riesgos institucionales y las acciones que se generan para mitigarlos. - No obstante la institución cuenta con instrumentos y responsables de analizar y evaluar la información suministrada por los usuarios del aplicativo PQRSD, se requiere una gestión oportuna en las respuestas a los peticionarios y un seguimiento periódico a las acciones de mejora producto de las quejas, reclamos y sugerencias. - Se requiere un mayor monitoreo a las acciones preventivas, correctivas y de mejora que se encuentran registradas en el aplicativo ISOLUCION. - No se evidencia que estén operando la primera y segunda línea de defensa en cuanto a las autoevaluaciones requeridas en el Manual de MIPG.			86%

Néstor Fan León Niño

Jefe Oficina de Control Interno

Elaborado: 2020-07-30

Elaborado : Ing. Henry Cortés Contreras - Profesional Especializaco - OCI

Aprobado :Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina - OCI