



SEGUNDO SEMESTRE DE 2022

82%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

En proceso

Revisados los resultados de manera conjunta con la Oficina de Planeación, la Oficina de Control Interno se concluye:

El Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se encuentra en un nivel de implementación del 82% aproximadamente

Se están realizando los ajustes, para documentar y operar la segunda línea de defensa, donde se deben estandarizar los reportes, frecuencia, productos y los responsables de entrega de informes al CICC, aunque ya se definió la periodicidad y los informes, falta su implementación.

El Sistema de Control Interno es efectivo para los objetivos evaluados.

- Se incluyen la integridad y los valores éticos, la competencia de los servidores y el direccionamiento estratégico.
- Se han definido controles para la mitigación de riesgos, siendo necesario fortalecer los mismos para cumplir con los lineamientos dados por el DAFP.
- La información y comunicación del Instituto es adecuada para las necesidades de los grupos de interés.

- El Instituto considera evaluaciones periódicas para valorar la efectividad del control interno

- El Instituto considera evaluaciones periódicas para valorar la efectividad del control interno

El Instituto cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con líneas de defensa definidas, se hace necesario que la segunda línea opere y genere los informes respectivos que deben ser enviados al CICCI.

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
Entorno de control	SI	71%	FORTALEZAS: 1. La Entidad demuestra el compromiso con la integridad valores y principios 2. Se aplican mecanismos para ejercer supervisión del Sistema de Control Interno 3. Se establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos para el seguimiento y aplicación de controles. 4. Se cuenta con base de Datos Personales publicada en el portal institucional. 5. Se establecen líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno. 6. Se aplican los mecanismos para la identificación y prevención para el uso adecuado de la información privilegiada. 7. Se realiza la evaluación de los valores y principios del servidor público. DEBILIDADES: 1. La Entidad llevó a cabo la evaluación del clima laboral, (según informe de seguimiento de planeación estratégica del talento humano realizada por la Oficina de Control Interno) a la fecha de corte de este informe no se han determinado acciones para la mejora. 2. El Comité Institucional de Control Interno, designó los responsables para la gestión del conflicto de intereses, a la fecha de corte de este informe no se cuenta con un reporte de grado de avance de su implementación. 3. Aunque se cuenta con mapa de riesgos y se han determinado los controles a estos no se ha establecido la entrega de un Informe de los líderes de los procesos relacionados con el tema sobre las acciones de mejora implementadas acorde a los cambios, irregularidades o incumplimientos al Código de Integridad. 4. Si bien se presenta listado de nuevos funcionarios de la Entidad durante el periodo de seguimiento, este no cuenta con reporte de evaluación de servidores públicos vinculados en el primer y segundo semestre de 2022. 5. No se presenta Plan de implementación del sistema de evaluación del desempeño laboral. 6. Pese a que se cuenta con el procedimiento institucional para la Gestión de Riesgos código DG-C-P-022 dispuesto en el aplicativo Isolación, está pendiente incluir en el procedimiento los atributos y calificación del control acorde a los lineamientos definidos en la "Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 de diciembre de 2022 de la Función Pública". 7. Se encuentran pendientes los planes de mejora de los responsables del cumplimiento de las recomendaciones dadas por la oficina de control interno según Memorando No. 019-DG-2022.	65%	FORTALEZAS: a. La Entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores y principios) a través de mecanismos de detección y prevención de uso indebido de información privilegiada, monitoreo de riesgos de corrupción y establecimiento de una línea de denuncia interna sobre las situaciones irregulares. b. Se realiza evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los controladores de apoyo. c. La Entidad hace seguimiento al Plan Anual de Auditorías y analiza los informes de la Oficina de Control Interno para la mejora institucional. DEBILIDADES: a. Asistencia de un mecanismo que informe, los PEROS, los procesos disciplinarios y temas relacionados con los servidores públicos tratados en el Comité de Convivencia para determinar el grado de cumplimiento de los valores institucionales incluidos en el Código de Integridad. b. Falta de un documento que describa la operación de la segunda línea de defensa su articulación con la 3a. Línea. c. En Actualización de la Política de la Administración del Riesgo, de acuerdo a la Guía de Riesgos de la función Pública d. En el Análisis de la información asociada a los estados financieros.	6%
Evaluación de riesgos	SI	74%	FORTALEZAS: 1. Se cuenta con mecanismos para vincular el plan estratégico con los objetivos estratégicos y los objetivos operativos. 2. Se han identificado riesgos para todos los procesos: Administración del SIG, Gestión Administrativa, Gestión Ambiental, Gestión de certificación de peritos, Gestión de infraestructura Tecnológica y servicios informáticos, Gestión de la comunicación, Gestión de la planeación institucional, Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, Gestión de participación ciudadana, Gestión del conocimiento científico, Gestión del servicio pericial, Gestión del sistema de evaluación y control, Gestión del talento humano, Gestión financiera, Gestión y soporte jurídico. 3. La Oficina de Planeación consolida información clave frente a la gestión del riesgo 4. La Alta Dirección monitorea los riesgos y define pertinencia para ajustarlos 5. Se monitorean los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la política para la gestión del riesgo. DEBILIDADES: 1. No se incluye en el procedimiento de Gestión de Riesgos Código DG-E-P-022 las acciones para revisión y actualización del mapa de riesgos. 2. En los documentos El contexto estratégico se actualiza cada dos años y los riesgos anualmente 3. Aunque los riesgos de corrupción se encuentran identificados y tienen asignados controles, estos no cumplen las características de diseño y evaluación de los controles acorde con el DAFP. 4. No se han definido cuales son los servicios tercerizados que afectan la prestación del servicio misional.	68%	FORTALEZA: a. La Entidad cuenta con mecanismos que permiten vincular el plan estratégico con los objetivos estratégicos y los objetivos operativos, se encuentran documentados. b. Se agud el procedimiento de riesgos para analizar sistemáticamente los riesgos y programar actividades para aquellos que se materializaron. c. Se monitorean los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la política. DEBILIDADES: a. Se encuentran acciones vencidas para resolver riesgos detectados. b. El Contexto Estratégico Institucional se actualiza cada dos años y los riesgos anualmente. c. Actualizar el procedimiento de Gestión de Riesgos, en cuanto al proceso de materialización de riesgos y acciones para abordar su posible propagación. d. Inclusión de los riesgos de control cambiante y los riesgos de seguridad digital e. Inconsistencia en la aplicación y valoración de controles según la guía de riesgos de la Función pública	6%
Actividades de control	SI	79%	FORTALEZAS: 1. La Estructura de control del INMLCF se encuentra registrada en el mapa de procesos y en el Manual del SIG de forma que se describe la organización de los sistemas de gestión que se integran en el INMLCF. 2. Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan. 3. Se realiza Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad. DEBILIDADES: 1. Aunque se hace revisión y actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales, no se han configurado los controles como lo tiene establecido el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- versión 5 de diciembre de 2020".	79%	FORTALEZAS: a. El diseño del SIG se integra de forma adecuada a la estructura de control de la entidad. b. Informes tercera Línea de Defensa, donde se incluyeron evidencias de la evaluación de los controles implementados para reducir los riesgos. c. Se realiza evaluación de documentación necesaria para la aplicación de actividades de control. d. Se realiza monitoreo de los riesgos acorde con lo establecido en la Política. DEBILIDADES: a. En la adecuación efectiva de controles, considerando los cambios dinámicos de las regulaciones y del comportamiento de los riesgos. b. En la valoración de los riesgos acorde a la Guía de riesgos y controles del DAFP. c. En la identificación de acciones oportunas que tengan que ver con aspectos relacionados con la falta de personal y presupuesto los	0%
Información y comunicación	SI	96%	FORTALEZAS: 1. La Entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información 2. La Entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permite su actualización. 3. Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permiten dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad). 4. La Entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. DEBILIDADES: 1. Si bien se cuenta con sistemas de información para la prestación del servicio se presentan dificultades en la integración de los mismos que permitan obtener información consolidada para la toma de decisiones	93%	FORTALEZAS: a. La Entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos. b. La entidad cuenta con el inventario de información relevante. c. La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confiabilidad y disponibilidad de los datos e información. d. La Entidad cuenta con canales de implementación internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irreglar DEBILIDADES: a. En los mecanismos para la evaluación en forma efectiva de los canales de comunicación b. En la integración de los sistemas de información y aplicaciones institucionales que permitan obtener información analizada y requerida para la toma de decisiones	4%
Monitoreo	SI	89%	FORTALEZAS: 1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Programa Único de Auditorías presentado por el Jefe de la Oficina de Control Interno. 2. Las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la Entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora. DEBILIDADES: 1. No se han determinado todos los planes de mejora producto de los informes de auditorías internas e informes de Ley elaborados por la Oficina de Control Interno no son en todos los casos eficaces (Memorando 008-DG-2020).	89%	FORTALEZAS: a. Se evalúan los resultados de las evaluaciones de la tercera línea de defensa para concluir la efectividad del Sistema de Control Interno DEBILIDADES: a. En la Operación de la Segunda Línea de defensa que genere los reportes requeridos y necesarios para que la 3 línea de los integre al SCI b. En la oportuna elaboración y seguimiento de los planes de mejoramiento por parte de los responsables de los procesos evaluados	0%

Doyle

Vol 6

Néstor Fan León Niño. Jefe Oficina de la OCL

2023-01-31