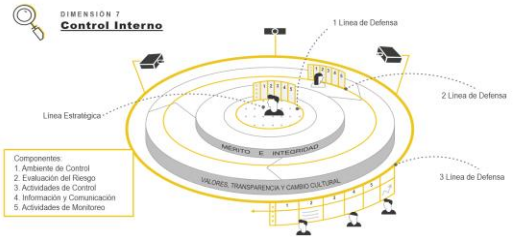


Nombre de la Entidad:	GOBERNACION SAN ANDRES ISLA
Periodo Evaluado	Primer Semestre 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

74,7%

**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 que forman parte de la política asociada a la séptima (7a.) dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se encuentran operando aun cuando algunos no operan conjuntamente a cabalidad y de manera integrada, puesto que existen debilidades detectadas que no permiten que todos los componentes estén en consonancia entre si, es así que el Componente de Evaluación de Riesgos no se puede ejercer un control de controles adecuado, ya que algunas áreas o dependencias no cuentan o no tienen actualizados los mapas de riesgos y falta la socialización de la política de administración de riesgos con la definición del esquema de líneas de defensa, punto de partida, para el debido levantamiento de los mapas de riesgos conforme la guía para la administración de riesgos que orienta sobre el contexto estratégico, la identificación de riesgos, análisis de riesgos, valoración de riesgos, política de administración de riesgos y controles; lo anterior entorpece la labor y rol de evaluación a la gestión del riesgo y el Componente de Actividades de Monitoreo o Supervisión Continua. En las Actividades de Control se debe denotar que faltan manuales de procedimientos por levantar, Manuales levantados sin adopción formal y Manuales adoptados que no se utilizan, no se actualizan y no se aplican. A partir de enero de esta vigencia, la Administración Departamental inicia con una nueva plataforma de Gestión Documental CONTROL DOC, que permite automatizar y centralizar toda la documentación desde su fuente de origen, permite crear, firmar y controlar los documentos en varios niveles; no obstante estas ventajas, se presentan varios inconvenientes con la utilización de esta nueva plataforma, como la falta de capacitación y acompañamiento permanente para lograr una apropiación del mismo, situación que requiere la activación de la primera línea de defensa, líderes de proceso, para que al interior de la secretaría general con el grupo de archivo y correspondencia se establezcan los mecanismos necesarios para implementar acciones que conlleven al cumplimiento y utilización del CONTROLDOC al interior de la Gobernación.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	El sistema de control interno de la entidad cuenta con un nivel intermedio de efectividad teniendo en cuenta la documentación y registros en los componentes de Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, con la política de administración de riesgos establecida mediante decreto 0385 de 2021, en Información y Comunicación el inventario de activos de información, entre otros; sin embargo la falta de monitoreo y seguimiento por parte de la línea estratégica, primera y segunda línea de defensa ralentizan las actividades de monitoreo a los mapas de riesgos operativos y de corrupción de la entidad. Aún cuando se ha adoptado el Código de integridad no se ha conformado el comité de integridad. Así mismo, se ha reactivado el comité institucional de gestión y desempeño para la aprobación de actividades de los comités integrados (planes estratégicos e institucionales). La falta de levantamiento, adopción, aplicación y actualización de manuales de procedimientos, entre otros.
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	La línea estratégica establece lineamientos, aprueba el Plan Anual de Auditoría. En la primera línea de defensa se realiza la identificación, análisis, valoración y diseño de controles a los riesgos identificados por cada proceso debidamente levantados. La Oficina Asesora de Control Interno de gestión en el ejercicio de sus roles: evaluación y seguimiento, liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo y relación con entes externos de control; ejecuta actividades que socializa a los líderes de los procesos y/o subprocesos a través de informes, comunicando las deficiencias o debilidades encontradas a la alta dirección oportunamente, revisión con la primera línea de la adecuada formulación de los planes de mejoramiento, en desarrollo del rol de enfoque hacia la prevención, la OCI ha realizado capacitaciones sobre oportunidad y responsabilidad de cargue de información del SECOP y SIA Observa, en diferentes oficinas y secretarías de la Gobernación.

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	65,7%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La entidad territorial adoptó el código de Integridad mediante decreto 0586 de 2018 suscribiendo actas de compromiso individuales al interior de la entidad, y su amplia divulgación a través de la página web del Departamento, donde se puede consultar continuamente. La entidad creó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante decreto 0027 del 23 de enero de 2018, dando cumplimiento al decreto 648 de 2017. El Plan Anual de Auditoría Interna fue aprobado en el Comité de Coordinación de Control Interno mediante acta 001 del 03 de febrero de 2024, logrando realizar con corte a junio 30, el 38% con un total de 3 auditorías ordinarias y una especial. La entidad evalúa la planeación estratégica del talento humano. La entidad cuenta con ventanilla única y buzones de PQRSD para su recepción y trámite.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Aun no se ha conformado el comité de integridad. Durante el transcurso del primer semestre de 2024 no se realizaron jornadas de inducción o reintroducción a pesar de ser la iniciación de una nueva administración y con gabinete nuevo. Falta de apropiación del SCI por parte de servidores públicos del nivel técnico y asistencial y de algunos del nivel profesional. Ausencia de medición en el impacto de los productos y servicios contratados. En los informes de evaluación intermedios y anuales de control interno contable la falta de análisis de la información contable pública en el seno del consejo de gobierno. Aun cuando se actualizó la Política de Administración de Riesgos, se debe tomar como guía la nueva versión 6 de noviembre de 2022 emanada del DAFP y divulgarla con el personal de la entidad.</p>	61,3%	La entidad territorial ha adoptado el Código de integridad, suscribiendo actas de compromiso con los servidores públicos de la entidad, divulgándolo y publicándolo en la página WEB del Departamento para ser consultada continuamente. La entidad se encuentra en mora con respecto de la conformación del comité de integridad por parte de talento humano bajo la secretaría general. La entidad ha actualizado la política de administración de riesgos con base en la guía de administración de riesgos y diseño de controles en entidades públicas versión 4 de la vigencia 2018, mediante el Decreto 0385 de 2021. Falta una mayor apropiación de la misión, visión y objetivos institucionales por parte de los servidores públicos de la entidad. En reunión del comité Institucional de Gestión y Desempeño quedó aprobado la segregación del proceso de Gestión Administrativa el proceso de Gestión Tecnológica y la incorporación en la estructura organica de la entidad la nueva secretaría de las Tecnologías de la Información y las comunicaciones TIC's. De igual manera las secretarías de: Seguridad y convivencia ciudadana, Secretaria de la Mujer y equidad de género, secretaria de la Juventud, y la Secretaria de riesgos de desastres.	4,4%

Evaluación de riesgos	si	87,8%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La administración estableció política de administración de riesgos mediante decreto 0385/21. La entidad en su mapa de procesos cuenta con el proceso de direccionamiento estratégico y a través del cual se relacionan el plan con los objetivos institucionales. La entidad elaboró el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el mapa de riesgos de corrupción realizando los respectivos seguimientos, así mismo se presentó y aprobó de la Matriz de Riesgos de Corrupción e Institucionales, los cuales, se tendrán en cuenta para elaboración del Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano, igualmente se pudo evidenciar la inclusión de las nuevas secretarías en la Estructura del Mapa de Proceso del ente territorial las mencionadas secretarías son; Secretariade La Juventud, Secretaria de la Mujer y la Equidad, Secretarai de Seguridad y Convivencia, la Secretaria del Riesgo, y la Secretaria de las TIC'S.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Falta actualización de la política de administración de riesgo a versión 6 de la guía emanada del DAFP. No todas las dependencias cuentan o tienen actualizado los mapas de riesgos. Demora en el monitoreo y actualización de los mapas de riesgos operacionales por parte de la 1a. y 2a. Línea de defensa. Falta de compromiso de la alta dirección en la identificación de de riesgos y establecimiento de controles efectivos.</p>	76,9%	La entidad debe actualizar el decreto 0385 de 2021 por la cual se adopta la política de administración de riesgos en consonancia con la nueva guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del DAFP en su guía V5.Falta mayor apropiación de los riesgos levantados y contemplados en el mapa como herramienta gerencial para la prevención de estos.Aun cuando las líneas de defensa se encuentran identificadas entre los responsables en las matrices o mapas de riesgos se requiere de una clara y puntual definición del esquema de líneas de defensa para una efectiva gestión de riesgos y control. (3 líneas de defensa documento DAFP).	10,9%
Actividades de control	Si	66,0%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Existencia de la estructura orgánica con las líneas de autoridad y responsabilidad debidamente definidas.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> Aunque la entidad desarrolla actividades de control para la consecución de sus ojetivos Estratégicos, se debe mencionar que hacen falta procedimientos por levantar. Existen manuales levantados sin adopción formal y también existen manuales adoptados sin utilización o no se aplican, este hecho puede generar un riesgo en las operaciones del día a día, finalmente se evidenciaa que hace falta una mejor socialización de los dferentes manuales y procedimientos.</p>	60,0%	La entidad cuenta con esquema organizacional con líneas de autoridad y responsabilidad a través de un organigrama, así como un mapa de procesos.En reunión del comité Institucional de Gestión y Desempeño quedo aprobado la segregación del proceso de Gestión Administrativa el proceso de Gestión Tecnologica y la incorporación en la estructura organica de la entidad la nueva secretaria de las Tecnologias de la Información y las comunicaciones TIC's, de las secretarías de: Seguridad y convivencia ciudadana, Secretaria de la Mujer y equidad de genero, secretaria de la Juventud, Secretaria de riesgos de desastres. La secretaria de Planeación requiere los planes indicativos, el informe de ejecución de avance y planes de acción de todas la secretarías para consolidar el avance de ejecución financiera, seguimiento al plan de desarrollo y se genera informe consolidado que es presentado en consejo de gobierno para conocimiento y toma de acciones correctivas y de mejor	6,0%
Información y comunicación	Si	69,9%	<p><b>FORTALEZAS:</b> La entidad cuenta con un formulario en su página Web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias y con un sistema de información para el registro ordenado y la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRDS) que centraliza todas las PQRDS que ingresan por los diversos medios o canales. Cuenta con un inventario de activos de información acorde a la metodología planteada, adoptado y actualizado mediante Resolución 5637 de 2019. Mantiene un ámbito de fuentes de datos controlados (seguridad digital) para la captura y procesamiento de información necesaria para el logro de metas u objetivos propuestos. El esquema de publicación de información fue adoptado y actualizado mediante Resolución 5637 de 2019. La entidad cuenta con Intranet, correos institucionales, ventanilla única para su recepción y trámite. Cuenta con mapa de procesos y manual de procedimientos de las TIC'S</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> La Administración Departamental inicia con una nueva plataforma de Gestión Documental CONTROL DOC, que permite automatizar y centralizar toda la documentación desde su fuente de origen, permite crear, firmar y controlar los documentos en varios niveles; no obstante estas ventajas, se presentan varios inconvenientes con la utilización de esta nueva plataforma, como la falta de capacitación y acompañamiento permanente para lograr una apropiación del mismo, situación que requiere la activación de la primera línea de defensa, líderes de proceso, para que al interior de la secretaria general con el grupo de archivo y correspondencia se establezcan los mecanismos necesarios para implementar acciones que conlleven al cumplimiento y utilización del CONTROLDOC al interior de la Gobernación.</p>	80,6%	Aun cuando se registran y distribuyen oportunamente las PORSD, su seguimiento y respuestas se cumplen con deficiencias por no tomar una decisión con el manejo del nuevo sistema CONTROLDOC por parte de los servidores públicos responsables de las distintas dependencias.La entidad cuenta con su inventario de activos de información. Mantiene un ámbito de fuentes de datos controlados (seguridad digital) para la captura y procesamiento de información necesaria para el logro de metas u objetivos propuestos.	-10,7%
Monitoreo	Si	82,2%	<p><b>FORTALEZAS:</b> Se aprobó el Plan Anual de Auditoría Interna mediante Acta No. 001 del 03 de febrero de 2024 del comité de coordinación de control interno, desarrollando un total de 4 auditorías con corte a junio 30 DE 2024, de las cuales una (1) es especial y tres (3) programadas en el plan anual. La OCI presenta los informes a la alta dirección y el equipo directivo (línea estratégica) de los resultados de las auditorías practicadas y los informes regulatorios u obligatorios de ley para su evaluación y gestión.Adicionalmente se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento que se suscriben con los diferentes entes de vigilancia de acuerdo a la periodicidad establecida en cada de una de ellas.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b> No todas las dependencias cuentan o tienen actualizado los mapas de riesgos y como ejercicio previo para la correcta identificación de riesgos es imprescindible la revisión, actualización y validación de los procesos con los líderes de proceso e involucrados en los mismos. Así mismo a pesar de que estuvo haciendo un levantamiento de plan de riesgos en las distintas dependencias, estas no fueron socializadas o implementadas en la entidad. No todas las dependencias atienden a la elaboración de plan de mejora a las auditorías internas realizadas por la OCI.</p>	83,8%	La entidad cuenta con plan anual de auditoria interna aprobada por el comité institucional de coordinación de control interno al inicio de la vigencia de 2024 que se viene desarrollando por la Oficina de Control Interno de acuerdo a cronograma propuesto. La entidad ha suscrito planes de mejoramiento con la Contraloría General de la República a través del la plataforma SIRECI donde se formulan y suscriben y sus correspondientes informes semestrales de avance de estos. De la misma manera con la Contraloría General del Departamento a través del SIA y los informes de avance de los planes de mejoramiento, los cuales son trimestralmente. Así mismo el Archivo General de la Nación,al Plan de Mejoramiento Archivístico -PMA semestralmente a través de la oficina de Archivo y Correspondencia. La Secretaría de Salud suscribe planes de mejoramiento con la Superintendencia de Salud derivadas de las visitas técnicas y de inspección que adelantan.La OCI considera relevante la implementación de los planes de acción derivados del autodiagnóstico del MIPG. Así mismo, de trascendental importancia la reactivación de los comités que fueron integrados al comité institucional de gestión y desempeño mediante Resolución 9254 del 10 de diciembre de 2018.	-1,6%