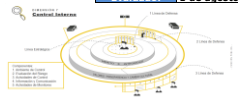


Nombre de la Entidad: **U.A.E Contaduría General de la Nación**  
 Período Evaluado: **1 de agosto a 31 de diciembre de 2023**



**Estado del sistema de Control Interno de la entidad**

**94%**

**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	El resultado de la evaluación independiente muestra que los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran operando juntos y de manera integrada, están presentes los controles en la documentación del Sistema Integrado de Gestión de la entidad y en la normativa relacionada con las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. La Oficina de Control Interno como Tercera Línea de Defensa concluye que el Sistema de Control Interno de la entidad está operando y es sostenible, en cumplimiento a los objetivos y metas institucionales. Se identificaron oportunidades de mejora que la entidad puede abordar para controlar aquellos factores que inciden de manera negativa en el Sistema de Control Interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	SI	Como resultado de la evaluación y análisis de cada uno de los ochenta y un (81) lineamientos que contempla el formulario, con corte a 31 de diciembre de 2023, se observó que los componentes se encuentran articulados y su operatividad es efectiva para los objetivos evaluados.
¿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	El avance que ha venido demostrando la Contaduría General de la Nación en el desarrollo y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, es el resultado del sentido de pertenencia y compromiso con la aplicación de las cuatro líneas de defensa, lideradas por la alta Dirección, cuyas acciones han permitido brindar un servicio a los grupos de valor que se adapta y renueva acorde al contexto para satisfacer sus necesidades y expectativas dentro del marco de la razón de ser de la entidad. De otro lado, cabe resaltar que los Componentes del MECL, se encuentran presentes y operando de forma articulada en las diferentes acciones que ha implementado la entidad a través de la 7a. Dimensión "Control Interno", Política de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

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
<b>Ambiente de control</b>	SI	94%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En cumplimiento de los lineamientos establecidos por MIPG la CGN definió una política de integridad, en la cual se incorporaron los instrumentos del marco de integridad que establece MIPG: Código y sensibilizaciones sobre la gestión de conflictos de intereses.</li> <li>El Comité Institucional de Control Interno cumple con las funciones establecidas en la Resolución No. 456 de 2018.</li> <li>Se tiene establecido tanto la Política como el Plan Estratégico de Talento Humano - PETH, los cuales contemplan actividades relacionadas con el ciclo de vida del servidor (ingreso, desarrollo y retiro).</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de continuidad a la evaluación de la eficacia de las capacitaciones realizadas por los servidores públicos, para determinar el impacto de la misma.</li> <li>No se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos del código de integridad.</li> </ul> <p>Se recomendó sensibilizar a los servidores públicos y contratistas en los temas relacionados al desarrollo y mantenimiento del control interno desde los roles y responsabilidades de las líneas de Defensa y sus mecanismos de reporte.</p>	88%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad cuenta con los lineamientos establecidos por MIPG la CGN definió una política de integridad, en la cual se incorporaron los instrumentos del marco de integridad que establece MIPG: Código y sensibilizaciones sobre la gestión de conflictos de intereses.</li> <li>El Comité Institucional de Control Interno cumple con las funciones establecidas en la Resolución No. 456 de 2018.</li> <li>Se cuenta con los lineamientos para la Administración de los Riesgos actualizados y con la aplicación de controles.</li> <li>Se tiene establecido tanto la Política como el Plan Estratégico de Talento Humano - PETH, los cuales contemplan actividades relacionadas con el ciclo de vida del servidor (ingreso, desarrollo y retiro).</li> </ul> <p>Comparado el resultado del II semestre de 2022 (83%) con el resultado del primer semestre de 2023 (88%), se observó que un incremento del 5% en el nivel de cumplimiento del componente Ambiente de Control.</p> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidenció que durante el primer semestre de 2023 no se realizaron actividades de socialización del Código de Integridad ni de conflicto de intereses.</li> <li>No se ha establecido una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos del código de integridad.</li> <li>Se observó que ingresaron a la entidad 10 servidores públicos con corte a 31 de mayo de 2023, de los cuales 4 personas desarrollaron el curso de inducción.</li> </ul>	6%
<b>Evaluación de riesgos</b>	SI	97%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo con el ejercicio de evaluación independiente al componente de evaluación de riesgos en el periodo evaluado se evidenció que la Alta Dirección y los colaboradores de la CGN aplicaron los controles, evaluaron, gestionaron y ajustaron los eventos potenciales de los riesgos internos y externos que pudiesen afectar el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>El GIT de Planeación en cumplimiento de lo establecido en la Política de Administración del Riesgo de la entidad, presentó los riesgos de gestión materializados, al igual que el resultado de su tratamiento. Así mismo, informó que durante la vigencia 2023 no se materializaron riesgos de corrupción.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad no realizó la transición a los lineamientos establecidos en la versión 5 de la Guía para la Administración del Riesgo diseño la política de administración del riesgo (actualmente la guía va en la versión 6).</li> <li>La entidad no ha establecido los riesgos de control fiscal, contemplados en la Guía de Administración del Riesgo del DAPP versión 6.</li> </ul>	97%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad cuenta con los documentos para la formulación y despliegue de la Planeación Institucional, así como con las herramientas para el seguimiento y medición de las actividades establecidas.</li> <li>La entidad diseñó la política de administración del riesgo, tomando como referencia la "Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles v4", donde se entusieron los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>El GIT de Planeación realiza seguimiento como mínimo dos veces al año a los riesgos de Gestión, Corrupción y diseño de controles, el primer seguimiento del año 2023 se realizó en el segundo semestre 2023.</li> <li>Los procesos, para la determinación y gestión de sus riesgos de gestión, corrupción, y seguridad digital aplicaron los lineamientos establecidos por el DAPP en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas v4" y proyectos, "Guía de apoyo para la formulación de proyectos de inversión pública y diligenciamiento de la MGA", emitida por el DNP y directrices de la entidad, permitiendo asegurar de manera razonable el logro de los objetivos.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El GIT de Control Interno realiza anualmente la Auditoría de Gestión de los Riesgos cuyos resultados se presentan ante el Comité CECL, en donde se han evidenciado algunas debilidades que son vistas como oportunidades para la mejora continua.</li> </ul>	0%
<b>Actividades de control</b>	SI	88%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos definen actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</li> <li>Se verifica el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales.</li> <li>La entidad se encuentra certificada en las siguientes normas: ISO 9001: 2015, ISO 27001: 2013, ISO 43001:2018 e ISO 14001:2015.</li> <li>La entidad desarrolla el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI y tiene implementado el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SSGI, para lo cual dentro del ciclo de auditorías se evalúan los requisitos de ISO 27001:2013.</li> <li>Actualización de la matriz de responsables.</li> </ul> <p>En la evaluación al sistema de control interno se evidenció que algunos documentos como el directorio de los servidores públicos y la política de integridad, se encontraban desactualizados, tanto en la página web, como en la intranet. <p>La materialización de los riesgos transversales continúa, reiniciando en los procesos a pesar de los controles establecidos. <p>Se recomendó sensibilizar a los servidores públicos y contratistas en los temas relacionados al desarrollo y mantenimiento del control interno desde los roles y responsabilidades de las líneas de Defensa y sus mecanismos de reporte. </p></p></p>	83%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos definen actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.</li> <li>Se verifica el diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales.</li> <li>La entidad se encuentra certificada en las siguientes normas: ISO 9001: 2015, ISO 27001: 2013, ISO 43001:2018 e ISO 14001:2015.</li> <li>La entidad desarrolla el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI y tiene implementado el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SSGI, para lo cual dentro del ciclo de auditorías se evalúan los requisitos de ISO 27001:2013.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El control "Matriz de Publicaciones" no ha sido efectivo, se encuentra la matriz en mención, desactualizada en la intranet.</li> <li>Desde el segundo semestre se encuentra en proceso de implementación de la Arquitectura TI, sin embargo esta es una observación que desde el GIT de Control Interno se ha venido realizando en los informes de AG de MIPG desde el 2020.</li> <li>En la evaluación al sistema de control interno se evidenció que algunos documentos como el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, el directorio de los servidores públicos y la política de integridad, se encontraban desactualizados, tanto en la página web, como en la intranet.</li> <li>El GIT de Control Interno ha evidenciado la dificultad por parte de algunos líderes de proceso en la localización de la información, en especial aquella relacionada con la ejecución de algunos controles de riesgos de gestión y corrupción.</li> <li>Los indicadores de gestión y corrupción publicados en la página web, en la matriz de riesgos deben uniformarse con los publicados en SSGI, toda vez que en las hojas de vida aún figuran ex funcionarios que ya no tienen vínculo laboral con la entidad, por tal motivo se deben actualizar.</li> </ul>	5%
<b>Información y comunicación</b>	SI	96%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad cuenta con una política de comunicación donde se establecen los lineamientos y se contemplan los canales para gestionar la comunicación tanto interna como externa, así mismo cuenta con los siguientes procedimientos: CPU-PRC16 Información y Comunicación Interna y CPU-PRC17 Información y Comunicación Externa.</li> <li>La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</li> <li>La entidad cuenta con canales de comunicación interna y externa definidos según el tipo de información a divulgar y éstos son reconocidos a todo nivel en la entidad.</li> <li>Durante el II semestre de 2023 se actualizó la Política de gestión documental.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integración del Sistema de Gestión Documental DRFED con el reporte de seguimiento realizado por la Secretaría General, quien debe reprocesar información registrada en el aplicativo, exponiéndose al riesgo de errores en la información.</li> </ul> <p>Se requiere fortalecer la aplicación e implementación de instrumentos archivados (Tablas de Retención Documental) y el uso del Sistema de Gestión Documental en las actividades de organización de la documentación producida y recibida por los procesos de la entidad. </p>	96%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad cuenta con una política de comunicación donde se establecen los lineamientos y se contemplan los canales para gestionar la comunicación tanto interna como externa, así mismo cuenta con los siguientes procedimientos: CPU-PRC16 Información y Comunicación Interna y CPU-PRC17 Información y Comunicación Externa.</li> <li>La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</li> <li>La entidad cuenta con canales de comunicación interna y externa definidos según el tipo de información a divulgar y éstos son reconocidos a todo nivel en la entidad.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Política de gestión documental desactualizada.</li> <li>Durante el primer semestre de 2023 no se evidenció el resultado de la implementación de controles, ni indicadores que permitieran medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión documental, frente a los planes, proyectos y programas establecidos en el programa de gestión documental (PGD), el plan institucional de archivos (PIAR) y el sistema integrado de conservación (SIC).</li> </ul>	0%
<b>Monitoreo</b>	SI	96%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprueba Plan Anual de Auditorías y Seguidamientos. Igualmente, evalúa periódicamente los resultados de los informes presentados por la Oficina de Control Interno.</li> <li>Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento, producto de auditorías y seguidamientos efectuados por la Oficina de Control Interno.</li> <li>Ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la entidad.</li> <li>Se realizan auditorías externas e internas y la alta dirección le hace seguimiento al cumplimiento del cierre de los planes de mejoramiento.</li> <li>En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mensualmente se hace seguimiento a la gestión realizada por los diferentes procesos, en pro del cumplimiento de los objetivos institucionales.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incumplimiento en los plazos establecidos en la ley 1755 de 2015 de las PQRSD gestionadas por la primera línea de defensa.</li> </ul>	96%	<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprueba Plan Anual de Auditorías y Seguidamientos. Igualmente, evalúa periódicamente los resultados de los informes presentados por la Oficina de Control Interno.</li> <li>Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento, producto de auditorías y seguidamientos efectuados por la Oficina de Control Interno.</li> <li>Ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la entidad.</li> <li>Se realizan auditorías externas e internas y la alta dirección le hace seguimiento al cumplimiento del cierre de los planes de mejoramiento.</li> <li>En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mensualmente se hace seguimiento a la gestión realizada por los diferentes procesos, en pro del cumplimiento de los objetivos institucionales.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incumplimiento en los plazos establecidos en la ley 1755 de 2015 de las PQRSD gestionadas por la primera línea de defensa.</li> </ul>	0%