

**INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR
DEPENDENCIAS - VIGENCIA 2019
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. FECHA: ENERO 29 de 2020 FECHA DE CORTE: Diciembre 31 de 2019	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: ASESORA DE CONTROL INTERNO
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA¹: Objetivo 16: Promover sociedades, justas, pacíficas e inclusivas. (ODS)	
4. PROCESOS ASOCIADOS CON LA DEPENDENCIA²	
4.1. EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL. Vigencia 16/08/2019. Líder del Proceso: Director General Responsable del Proceso: Asesor con funciones de control interno.	
Procedimientos: Evaluación Independiente. DG-100-PD-362 V.2. Vigencia 05/08/2019. Relación con Entes Externos de Control. DG-100-PD-298. V.2. Vigencia 16/08/2019	
Objetivo del Proceso: Evaluar la efectividad del sistema de control interno del INCI mediante el seguimiento y medición de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión institucional, los procesos, la ejecución de los planes, programas y proyectos, con el fin de generar recomendaciones que orienten y contribuyan al mejoramiento de la entidad, así como a su cumplimiento misional.	
5. ACCIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA EN EL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL – METAS 2019.	
5.1. ACCIONES ASOCIADAS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN.	
La Asesora de Control Interno no tiene acciones asociadas a los proyectos de inversión en la vigencia 2019.	
5.2. ACCIONES ASOCIADAS A MIPG.	
Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados Dimensión 7. Control Interno	
Meta 1. Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos. 25% 2019 Meta 2. Política de Control Interno. 25% 2019. Meta 3. Proporcionar aseguramiento independiente sobre la eficacia de la gestión de riesgos y control interno a la Alta Dirección de la entidad. 25% 2019.	
Las acciones definidas para la ejecución de las metas establecidas para la dependencia de Control interno se presentan en el Consolidado del Plan de Acción 2019, así:	

¹ Fuente: Consolidado Plan de Acción 2019. SIG. OAP

² Fuente: Carpeta SIG. Procesos Misionales / Asistencia Técnica.

Código: SG-110-FM-037-Versión: 7– Vigencia: 29/01/2019

6. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVOS INSTITUCIONALES ³	7. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	7.1 META ANUAL	7.2 RESULTADO (%)	7.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS
META 1. Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos	25%		
Actualizar documentación del proceso de Evaluación y mejoramiento institucional	7%	100%	Se actualiza la caracterización del proceso, los procedimientos, los formatos, las herramientas de auditoría. La actividad se cumple en el 100%.
META 2. Política de Control Interno	25%	N.A.	
Seguimiento a la ejecución de las acciones contempladas en el Plan Único de Mejoramiento Institucional del proceso de Evaluación y mejoramiento institucional	7%	N.A.	El proceso de Evaluación y Mejoramiento Institucional no tiene acciones de mejora establecidas en el PUMI.
META 3. Proporcionar aseguramiento independiente sobre la eficacia de la gestión de riesgos y control interno a la Alta Dirección de la entidad.	100%	100%	Se da cumplimiento a la meta establecida.
Formular el Programa Anual de Auditoría para evaluar la gestión institucional.	30%	30%	El Programa Anual de Auditoría fue elaborado y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en enero de 2019, mediante Acta 01 de enero 31 de 2019..
Desarrollar y hacer seguimiento el Programa Anual de Auditoría para evaluar la gestión institucional.	70%	70%	Mensualmente se remiten a los miembros del CICCI informe de gestión sobre la ejecución de Plan Anual de Auditoría, mensualmente se reporta a la OAP el avance en la herramienta dispuesta para la Consolidación del Plan Anual de Acción 2019 y se publica trimestralmente en la página web / Transparencia la ejecución del Plan.
TOTAL OCI PROM.		100%	

8. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.

8.1. PERSONAL VINCULADO A LA DEPENDENCIA.

³ Fuente: Consolidado Plan de Acción 2019. SIG. OAP
Código: SG-110-FM-037-Versión: 7- Vigencia: 29/01/2019

Personal de Planta: 1
 Contratistas de apoyo a la gestión: 1
Total Personal vinculado: 2

8.2. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS PROYECTOS.

Se incluye a título informativo el informe de ejecución presupuestal de los proyectos de inversión a diciembre de 2019, que arroja los siguientes resultados: 98% de apropiación de los recursos disponibles y 78% de pagos realizados frente a los recursos apropiados. La ejecución más baja en los pagos estuvo en el proyecto de mejoramiento de las condiciones para la garantía de los derechos, con el 74%.

CONCEPTO	APROPIACION VIGENTE DEP.GSTO.	TOTAL CDP DEP.GSTOS	APROPIACION DISPONIBLE DEP.GSTO.	TOTAL OBLIGACIONES DEP.GSTOS	COMPROMISO POR OBLIGAR DEP.GSTOS	TOTAL ORDENES DE PAGO DEP.GSTOS	PAGOS DEP.GSTOS	% CDP VS APROPIACIÓN	% RP VS APROPIACIÓN	% OBLIGACION VS APROPIACIÓN	% PAGOS VS APROPIACIÓN
MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN EL PAÍS. NACIONAL	1.753.800.589	1.736.796.404	17.004.185	1.290.391.478	446.404.926	1.290.391.478	1.290.391.478	99%	99%	74%	74%
FORTALECIMIENTO DE PROCESOS Y RECURSOS DEL INCI PARA CONTRIBUIR CON EL MEJORAMIENTO DE SERVICIOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL NACIONAL	537.158.000	513.918.083	23.239.917	494.901.846	19.016.237	494.901.846	494.901.846	96%	96%	92%	92%
TOTAL INVERSIÓN	2.290.958.589	2.250.714.487	40.244.102	1.785.293.324	465.421.163	1.785.293.324	1.785.293.324	98%	98%	78%	78%

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal 2019. Área de presupuesto.

8.3. GESTIÓN DE RIESGOS:

De acuerdo con el mapa de riesgos institucional y la evaluación a la gestión de los riesgos realizada por la asesora de control interno en el mes de septiembre de 2019, se evidenció que el proceso de Evaluación y Mejoramiento Institucional tiene identificados los siguientes riesgos, los cuales se mantienen vigentes a diciembre de 2019:

- **Riesgo de Gestión 1:** Inoportunidad en la entrega de informes y recomendaciones para el mejoramiento de los procesos.

Riesgo Inherente Extremo. Riesgo Residual Alto. Opción de Manejo. Mitigar. Controles: 1. Programa anual de auditorías aprobado y publicado. 2. Carta de responsabilidad firmada por los auditados.

Observaciones OCI: Se realiza una revisión general del riesgo, causas, consecuencias, controles establecidos. Se evidencia modificación al proceso de Evaluación y Control y a los procedimientos del proceso. Los controles se encuentran documentados en los procedimientos. Los controles se encuentran en ejecución. Se ejecutó igualmente la acción preventiva.

La entrega tardía de información por parte de las dependencias se maneja con la suspensión de los tiempos en el caso de las auditorías y/o seguimientos diferentes a los informes de Ley. En el caso de informes de Ley se escala el requerimiento a instancias superiores. No se ha materializado el riesgo. Se ha iniciado la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP en la Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en las entidades públicas. Vigencia 2018, para la documentación de los controles y el formato dispuesto por la OAP.

Se ajusta el tratamiento dado al riesgo, se ajusta el plan de contingencia ante posible materialización del riesgo.

- **Riesgo de Gestión 2:** No detectar hallazgos (errores, desviaciones de control) en las auditorías y/o evaluaciones realizadas, cuando éstos existen y pueden ser de importancia relativa para la entidad.

Riesgo Inherente Extremo. Riesgo Residual Alto. Opción de Manejo: Mitigar. Controles: 1. Procedimientos y herramientas de auditoría debidamente actualizados. 2. Actualización técnica permanente por parte del Auditor. 3. Selección del auditor con adecuado perfil.

Evaluación OCI: Se realiza una revisión general del riesgo, causas, consecuencias, controles establecidos. Se evidencia cumplimiento de la ejecución de los controles.

Las acciones preventivas se ejecutan en las diferentes auditorías y seguimientos realizados y quedan documentadas en las carpetas correspondientes.

La entrega tardía de información por parte de las dependencias se maneja con la suspensión de los tiempos en el caso de las auditorías y/o seguimientos diferentes a los informes de Ley. En el caso de informes de Ley se escala el requerimiento a instancias superiores. No se ha materializado el riesgo. Se ha iniciado la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP en la Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en las entidades públicas. Vigencia 2018, para la documentación de los controles y el formato dispuesta por la OAP.

Se ajusta el tratamiento dado al riesgo y la acción de contingencia ante posible materialización del riesgo.

- **Riesgo de Corrupción 1:** Uso indebido de la información por parte del personal de control interno en beneficio personal o de terceros.

Riesgo Inherente Extremo. Riesgo Residual Alto. Opción de Manejo: Reducir. Controles: 1. Estatuto de Auditoría. 2. Código de Ética del Auditor. 3. Proceso de Selección del personal de control interno por meritocracia.

Evaluación OCI: Se realiza una revisión general del riesgo, causas, consecuencias, controles establecidos. Se evidencia modificación al proceso de Evaluación y Mejoramiento Institucional y a los procedimientos del proceso. Se evidencia ejecución de los controles.

Se ejecutó igualmente la acción preventiva, actualmente el asesor de control interno y el contratista de apoyo tienen usuarios institucionales en el correo electrónico y en las aplicaciones institucionales.

No se ha materializado el riesgo en el periodo de evaluación.

Se ha iniciado la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP en la Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en las entidades públicas. Vigencia 2018, para la documentación de los controles y el formato dispuesta por la OAP. Se ajusta el tratamiento dado al riesgo.

8.4. PLANES DE MEJORAMIENTO:

El proceso de Evaluación y Mejoramiento Institucional no tiene suscritos planes de mejoramiento.

8.5. OTROS PLANES:

La Asesora de Control Interno, tiene acciones establecidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2019, con la siguiente ejecución:

Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano. **Cumplimiento 95,28%**

Código: SG-110-FM-037-Versión: 7- Vigencia: 29/01/2019

9. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

9.1. CUMPLIMIENTO DE METAS PLAN DE ACCIÓN:

De acuerdo con el seguimiento realizado a las metas establecidas en el Plan de Acción 2019, asociadas al proceso de Evaluación y Mejoramiento Institucional, se evidenció un cumplimiento del **100%**

9.2. RESUMEN

Indicador de cumplimiento de las metas Plan de Acción: 100%
Indicador de cumplimiento Plan Anticorrupción y de A.C. 95.28%

PROMEDIO: 97.64%

10. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Realizar una evaluación general de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos del proceso, fortalecer los controles establecidos de tal manera que mitiguen adecuadamente los riesgos identificados, en desarrollo del rol que le corresponde como primera línea de defensa en la identificación de los riesgos y su control.
- Fortalecer el análisis de riesgos y diseño de controles, a la luz de la Guía de gestión de riesgos y diseño de controles para entidades públicas del DAFP. Versión 4. octubre de 2018.

11. FECHA: 30 de enero de 2020.

12. FIRMA

**ORIGINAL FIRMADO POR
MAGDALENA PEDRAZA DAZA
Asesora con funciones de Control Interno**