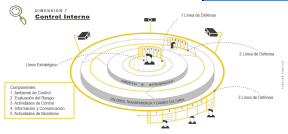


Nombre de la Entidad:	INSTITUTO DE HIDROLOGIA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS AMBIENTALES IDEAM
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE DE 2022



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

82%

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	Si, se encuentran operando todos los componentes del MECI, esto es: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, información y Comunicación y Actividades de Monitoreo; se integran entre sí, a través de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG, desde la primera dimensión del Talento Humano, hasta la séptima dimensión de Control Interno, tal como se puede evidenciar en la presente evaluación en concordancia con el evaluación del FURAG, lo anterior, acorde a las responsabilidades de las tres líneas de defensa, logrando que el sistema de control interno sea un factor estratégico en el logro de las metas y objetivos establecidos por la entidad.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La Entidad cuenta con un Sistema de Control Interno efectivo, el cual ha permitido el logro de los diferentes objetivos tanto institucionales, como estratégicos y de proceso, en cumplimiento de la misionalidad del IDEAM, sin embargo, se hace necesario fortalecer algunas actividades que presentan debilidades las cuales han sido evidenciadas en los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa y que se presentan en este informe.
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	De conformidad con la GUIA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO, Código E-SGI-G003 V.05 del 31/07/2022, debidamente aprobada en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en su sesión del 14 de diciembre de 2021, la entidad institucionalizó el esquema de las líneas de defensa, así: Línea de defensa estratégica (Dirección General), Primera línea de defensa: líderes de proceso y equipos de trabajo; Segunda línea de defensa: Oficina Asesora de Planeación; Tercera línea de defensa: Oficina de Control Interno. Adicionalmente, en la referida guía, a numeral 7, se definen los roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa. Así mismo, el Instituto tiene establecido un Sistema de Gestión Integrado, que cuenta con procesos, procedimientos, guías y formatos, que apoyan los controles establecidos y la toma de decisiones frente a los mismos.

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	83%	Se resalta la continuidad con las estrategias implementadas para el conflicto de intereses y el código de integridad en la entidad. Sin embargo, se debe mejorar en el seguimiento a la vinculación y desvinculación de personal, ya que durante las diferentes auditorías realizadas a estos procesos, se encuentran debilidades que se han convertido en riesgos materializados.	90%	Se evidencia en la presente evaluación, mejoría en temas de Talento Humano, tales como evaluación estratégica del Talento Humano, Plan Institucional de capacitación PIC, Plan de Bienestar, en lo que tiene que ver con mejora en acciones de ingreso, permanencia y retiro de la entidad. De otra parte continúa resaltándose como fortaleza las acciones emprendidas en favor de la estrategia del conflicto de intereses y la aplicación del código de integridad al interior de la entidad. Para finalizar este acápite, se informa que en la próxima evaluación, se presentarán los resultados del seguimiento solicitado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, en la Circular Externa 010 de 2020.	-7%
Evaluación de riesgos	Si	71%	Aunque durante la vigencia 2022 se realizaron varias actividades para mejorar la identificación de riesgos y sus respectivos controles, aun se evidencian falencias en el establecimiento de los mismos. Se resalta la actualización de la Guía de Riesgos V5, la cual fue publicada en el mes de noviembre de 2022. Se debe fortalecer el seguimiento de los riesgos materializados, ya que desde la Oficina de Control Interno se realizó la socialización de algunos de estos, evidenciados en los diferentes ejercicios de auditoría, a los cuales se debe dar tratamiento lo más pronto posible.	82%	En el presente seguimiento, se evidencia mejoras respecto de la implementación de la metodología de riesgos de acuerdo con lo estipulado en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5 de Diciembre de 2020, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP; lográndose tener un mapa de riesgos de los diferentes procesos de la Entidad, conforme a lo allí establecido. No obstante lo anterior, continúan evidenciándose debilidades en la gestión del riesgo tales como: 1. No se está informando al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, las materializaciones de los riesgos, así como las acciones emprendidas en el respectivo plan de mejoramiento para su atención. 2. Los contextos internos y externos no están siendo aplicados a todos los procesos de la entidad. 3. No se evidencia en el nuevo mapa de riesgos, cuáles de estos han sido incluidos por ser nuevos, o cuáles han sido objeto de mejora. 4. La Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, no define dentro de la Metodología del riesgo, las acciones para su monitoreo y control, pese a la aceptación del mismo, tal como lo define la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas 2020, del DAFP.	-11%
Actividades de control	Si	63%	Teniendo en cuenta la evaluación realizada se puede evidenciar que se siguen presentando debilidades frente a los controles establecidos en la entidad, lo mismo que a los procesos y procedimientos publicados en el SGI, ASI: 1. Al igual que la evaluación anterior, continúan documentos publicados en el SGI con dos o mas años de antigüedad, lo que demuestra falta de seguimiento a los mismos por parte de la 1 y 2 línea de defensa. 2. La Oficina de Control Interno evidenció que el 96% de los controles incumplan lo establecido en las guías metodológicas del DAFP, lo que conlleva a que los riesgos identificados en el Instituto sigan latentes.	92%	Conforme a la presente evaluación, continúan evidenciándose debilidades frente a este tema, respecto de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado SGI, tal como se expone a continuación: 1. Se evidencian documentos con dos o más años de expedidos; lo cual denota falta de evaluación y seguimiento a los procesos documentados, por parte de la Primera y Segunda Línea de Defensa. 2. La Oficina de Control Interno ha podido evidenciar la actualización de los mapas de riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación; sin embargo revisando los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión Integrado, no se evidencia la actualización de los puntos de Control tal como lo dispone la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V. 5 de diciembre 2020 del DAFP. 3. No se aportan evidencias que demuestren la correcta ejecución de los controles definidos en los procesos y procedimientos, que permitan evidenciar el seguimiento por parte de la Primera y Segunda línea de defensa.	-30%
Información y comunicación	Si	100%	Se destaca, la labor que han venido desempeñando los Grupo de Atención al Ciudadano y Comunicaciones, toda vez que se tiene un manejo correcto de la información interna y externa, contribuyendo de esta forma con un mayor acercamiento con la comunidad; la evaluación de satisfacción del usuario para el segundo semestre de 2022, la cual arrojó un nivel de satisfacción del 84,7% un nivel alto de satisfacción. Se recomienda fortalecer y monitorear, las políticas para el manejo de las claves de los usuarios por parte de los grupos que tienen como responsabilidad la información sensible.	93%	Tal como se mencionó en nuestro anterior informe, se destaca la labor realizada por los Grupos de Comunicaciones y Gestión Documental, en lo que respecta a la organización y manejo a la comunicación interna y externa; labor que ha mantenido sus propios estándares de ejecución; sin embargo en el presente seguimiento, se vuelven a presentar debilidades en la evaluación del Nivel de Satisfacción de los Usuarios NSU, toda vez que la evaluación correspondiente, se presentan debilidades en el sentido de falta de análisis, falta de medición de los canales de comunicación y definición de acciones concretas que permitan adoptar las propuestas de mejora sugeridas por los ciudadanos.	7%
Monitoreo	Si	93%	En el presente seguimiento, continúan evidenciándose deficiencias en materia en el diseño, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento producto de las autoevaluaciones, de las diferentes dependencias, es importante recalcar la importancia de este punto, para lograr un mejoramiento continuo. Así mismo, continúa presentándose debilidades en el monitoreo a las PQRS presentadas, toda vez que para el seguimiento realizado todavía persistía 1 pqrs sin responder oportunamente.	93%	En la presente evaluación, continúan evidenciándose debilidades en el diseño, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento producto de las autoevaluaciones (2 línea); al no realizarse definición de acciones de mejora, producto de los monitoreos; por parte de la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa. De otra parte se denotan debilidades en el Análisis de las PQRS, por parte del Grupo de Atención al Ciudadano, al no realizar el respectivo seguimiento y definición de acciones de mejora que den solución a las 4 quejas presentadas en el periodo de enero a marzo de 2021.	0%