|  |
| --- |
| **INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011** |
| **Jefe de Control Interno,o quien haga sus veces:** | **ROSA YINETH HERNÁNDEZ BUITRAGO** | **Período: MARZO 2019 – JUNIO de 2019** |
| **Fecha de elaboración: JULIO 8 de 2019** |

|  |
| --- |
| **AMBIENTE DE CONTROL**  |
| **AVANCES** |
| * Se dio desarrollo a la revisión, análisis y ajuste del código de integridad, de manera consensuada, con la participación del 95% de los funcionarios de la entidad.
* La entidad tiene claramente definida la plataforma estratégica y se dio la revisión del mapa de procesos con la participación del comité de evaluación y desempeño, está pendiente su aprobación.
* Se realizaron comités de evaluación y desempeño determinando actividades y responsables , encaminadas al fortalecimiento del desarrollo de la implementación del MIPG. Así mismo se realizó comités de conciliaciones y sentencias judiciales, archivo, contratación y se mantiene el desarrollo de comité de cupos.
* La entidad de manera periódica publica los estados financieros, seguimiento a la planeación institucional y resultados de sorteo, se realizó seguimiento y evaluación del plan de desarrollo evidenciando cumplimiento del 46% acumulado con corte a junio.
* Con relación a las responsabilidades de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se cumple regularmente con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servidor público, se orienta el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional, se determinan las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la Lotería.
* La entidad designa supervisores e interventores de contratos que garantiza una actividad de control en el desarrollo de los mismos
* Se determinó los planes de previsión de recursos humanos y el plan estratégico de talento humano.
* A través del comité de desempeño, se logró armonizar el trabajo en equipo, redundando en el cumplimiento de objetivos.
* Se evidenció el cumplimiento del plan de capacitación, bienestar social e incentivos.
 |
|  |
| **Debilidades .** |
| * Se hace necesaria la actualización del manual de funciones conforme al Decreto 2484 de 2014
* Persiste la debilidad en el proceso de re inducción.
* Los canales de comunicación en doble vía, no son fluidos.
 |
|  |
| **EVALUACIÓN Y RIESGOS** |
| **AVANCES**  |
| * Los objetivos institucionales están definidos estratégicamente, sin embargo se viene haciendo revisión de los objetivos por procesos.
* Se realizó capacitación de SIPLAF y se socializó con el comité de desempeño las 3 líneas de defensa, garantizando la comprensión del modelo y generando el compromiso para la revisión y actualización del mapa de riesgos por procesos e institucional.
* Se viene dando aplicación a las recomendaciones dadas por el área de control interno.
* Se realizó seguimiento al plan anticorrupción y se hicieron recomendaciones que apuntaron a una mayor interacción por parte de las diferentes dependencias.
* Se recibió auditoria especializada por parte de la Contraloría General de Boyacá a las áreas de presupuesto y contratación.
* Se vienen fortaleciendo el ejercicio de los roles inherentes a la OCI.
* Se viene dando cumplimiento al plan de desempeño formulado ante el CNJSA.
* Se realizó evaluación de estados financieros en le comité de control institucional de coordinación de control interno.
 |
| **DIFICULTADES.** |
| * El mapa de riesgos institucional requiere revisión y actualización conforme al modelo de tres líneas de defensa.
* EL proceso de supervisión debe ser fortalecido.
* Debilidad en el ejercicio de autoevaluación de la gestión y control.
* Persiste debilidad en el trabajo en equipo.
* La periodicidad característica del comité de conciliaciones y sentencias judiciales no obedece a la normatividad.
* Incumplimiento del cronograma del plan operativo.

**CION Y SEGUIMIENTO MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO** |
| **ACTIVIDADES DE CONTROL**  |
| **AVANCES** * Se realizó la certificación de aleatoriedad de los dos sistemas de sorteo, electro neumático satuple y sistema neumático shoeder, involucrando la certificación de juegos de balotas y las actividades de mantenimiento de los mismos.
* Se fortaleció el ejercicio de control especialmente en el área de premios, cartera y contratación.
* Se fortaleció la operatividad de los comités institucionales.
* Se mejoró el proceso de contratación de impresión y distribución de billetería y formularios de chance.
* Se viene diseñando el PETI, el plan de seguridad de la información y plan de riesgos informáticos.
* Está en revisión y actualización la política de presupuesto.
* Revisión y actualización de indicadores del área comercial.
* La entidad cuenta con manual de procesos y procedimientos.
* Se adquirió un sistema de medición de consumo de energía que ha generado conciencia en la utilidad de los equipos, impactando positivamente el ambiente y presupuesto institucional.
* **DIFICULTADES.**
* Debilidad en el proceso de re inducción
* Desactualización del normograma institucional.
* Rotación de personal en cargos de manejo
 |
| **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**  |
| **AVANCES**  |
| * Se planeo la primera rendición de cuentas institucional a realizarse el próximo 31 de julio, obedeciendo a criterios legales.
* Adecuada administración del sistema CRM. (PQRS)
* Fortalecimiento del manejo de TI que mejoran la satisfacción frente a las necesidades del usuario.
* Se viene desarrollando la actualización de la página web institucional, respondiendo a criterios legales y de transparencia y accesibilidad.
* La entidad cuenta con manual de procesos y procedimientos.
* La información financiera obedece a criterios de relevancia y confiabilidad.
* Se surtió cambio de proveedor para la transmisión de sorteo, favoreciendo la transmisión en imagen.
* Fortalecimiento de la comunicación interna como producto de la mejora en la operatividad de los comités.
 |
|

|  |
| --- |
| **DIFICULTADES.** |

* EL SUIT, no presenta avance alguno.
* El sistema de gestión documental ABOX, no es usado de manera efectiva.
* Persiste el incumplimiento parcial a la Ley de transparencia y acceso a la información pública ley 1712 de 2014 y su Decreto Reglamentario 103 de 2015.
* No se consideran costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos.
 |
| **MONITOREO O SUPERVISION CONTINUA**  |
| **AVANCES**  |
| * Se tiene documentado un Procedimiento de Auditoria.
* Se realiza el comité de control interno.
* Se hace el seguimiento de austeridad en el gasto
* Se realiza la rendición y publicación de informes periódicamente.
* Se socializa el resultado de las auditorías.
* Las recomendaciones dadas por el área de control interno son tenidas en cuenta.

|  |
| --- |
| **DIFICULTADES.** |

* Bajo nivel de interiorización del principio de autoevaluación y autocontrol.
* Los equipos de trabajo están conformados, no obstante es necesaria una mayor interacción.
* Inoportunidad en la medición y evaluación de indicadores, por lo tanto no son tenidos en cuenta en la toma de decisiones.
* Se hace necesaria la revisión y actualización de indicadores.
* Los riesgos no son monitoreados de manera continua.
* Baja cultura de planes de mejoramiento.

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES** |

1. A la fecha se hace necesaria la revisión y actualización del mapa de riesgos institucional conforme a las tres líneas de defensa determinadas en MIPG.
2. Fortalecer el proceso de re inducción.
3. Fortalecer la implementación de planes de mejoramiento individual y por procesos.
4. Modificar el plan de auditoría aprobado inicialmente a fin de garantizar la asesoría en la implemetnación del MIPG.
5. Revisar las políticas institucionales de conformidad con los parámetros del MIPG
6. Continuar con el desarrollo de mesas de trabajo para la implementación de MIPG.
7. Fortalecer la cultura de administración del riesgo que garantice el cumplimiento de los objetivos institucionales.
8. Actualizar el mapa de riesgos conforme a la metodología de las tres líneas de defensa.
9. Fortalecer el seguimiento al Sistema de Control Interno.
10. Aprovechar los resultados de la labor de auditoría para implementar mejoras a los Procesos y a la Gestión Institucional.
11. Determinar el plan de mejoramiento frente a la contraloría General de Boyacá
12. Fortalecer la información periódica por parte del área de planeación a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de Gestión del riesgo de la Entidad.
13. Fortalecer el Proceso de Autoevaluación y Autocontrol en todos los procesos
14. Socializar mediante estrategias de impacto el código de integridad.
15. Continuar fortaleciendo la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad.
16. Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos institucionales
17. Definir controles en materia de tecnologías de la información y comunicación TIC.
18. Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por los gerentes públicos y responsables de proceso.
 |
|  |
|  |
|  |
| ROSA YINETH HERNÁNDEZ BUITRAGOAsesora de control Interno |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |