



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Oficina de Control Interno

**Informe Pormenorizado del Sistema de Control Interno
Noviembre y Diciembre de 2017 – Enero y Febrero de 2018**

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**NESTOR FAN LEÓN NIÑO
Jefe de Control Interno**

**Marzo 12 de 2018
Bogotá D.C.**

COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

Que va a pasar con el Proceso de implementación del MIPG y la actualización del MECI en el INMLCF? (acciones que se han adelantado; asignación de responsabilidades)

La entidad debe realizar una evaluación para determinar si se va a adoptar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en lo relacionado con los Artículos 2.2.22.3.4, 2.2.22.3.9 y 2.2.23.2 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, por lo que se tiene previsto un Comité Directivo para exponer todo lo relacionado con este tema y tomar una decisión.

Para la Creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y la actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en el INMLCF que se ha hecho?

Con el fin de dar cumplimiento al artículo 2.2.22.3.8 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 (Creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño), se propuso realizar una evaluación para determinar si se va a adoptar el MIPG, de obligatorio cumplimiento para la Rama Ejecutiva; en caso contrario, se deben ajustar las políticas de acuerdo con las normas de dicho modelo, dado que éste, pretende unificar los comités de la entidad e inclusive medir y determinar el estado actual en cuanto a cumplimiento de políticas, con base en el autodiagnóstico que deben realizar los líderes de procesos; en ese sentido, se invita documentarse en el sitio Web del Departamento Administrativo de la Función Pública, así como verificar el calendario de capacitaciones.

Analizado el contexto anterior, se propone, socializarlo con la Alta Dirección y tomar decisiones respecto a la adopción del MIPG en el INMLCF, dando alcance al Memorando No.028 de 2017.

Para dar cumplimiento a los artículos 2.2.21.1.5 y 2.2.21.1.6 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017 (integración y funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno), la jefatura de la Oficina de Control Interno convocó a los servidores públicos con funciones relacionadas con el Comité de Coordinación de Control Interno, tanto de su equipo de trabajo, como de la Oficina de Planeación, manifestando la necesidad de actualizar dicho Comité en sus integrantes y funciones a realizar, se resaltó el incorporar nuevas funciones, como son;

c. “Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna, Código de Ética del Auditor, así como verificar su cumplimiento”.

“d. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar”. En ese sentido, la Oficina de Planeación se comprometió a modificar la Resolución interna No.729 del 29 de agosto de 2016, a partir del Artículo 22 hasta el 29, donde se establece todo lo relacionado con el Comité de Coordinación de la Oficina de Control Interno en el Instituto Nacional de Medicina Legal y



Ciencias Forenses; así mismo, en los artículos 30 al 34 respecto a la adopción del Modelo Estándar de Control Interno. Adicionalmente, analizar la participación de la Oficina de Control Interno dentro de estas modificaciones.

AUTODIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN PÚBLICA DE CONTROL INTERNO

(Planes de acción y ruta a seguir en la implementación).

Se realizó el autodiagnóstico en la Dimensión de Control Interno, con el fin de establecer los avances en los componentes y sus categorías, e implementar plan de mejora, así:

COMPONENTES

1. Ambiente de Control:

Direccionamiento Estratégico y Planeación Institucional, se cuenta con el Plan Estratégico 2015 - 2018: <http://www.medicinalegal.gov.co/informes-de-avances-del-plan-estrategico>, mediante el cual se definen los lineamientos para el logro de los objetivos y metas definidos, así como los indicadores de seguimiento.

El Plan Estratégico del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2015 - 2018 "Servicio Forense para una Colombia Diversa y en Paz" está elaborado bajo el esquema del Balanced Scorecard, que establece objetivos estratégicos identificados en perspectivas de: Víctimas y Responsabilidad Social, Procesos Internos y Aprendizaje y Crecimiento. Cada objetivo tiene a su vez indicadores asociados con metas y planes operativos anuales.

El sistema contempla los siguientes componentes:

1. Lineamientos Estratégicos: Identifican el foco de la estrategia.
2. Objetivos estratégicos: declaraciones de acciones que precisan como se implementará la estrategia, son un conjunto de prioridades orientadas para alcanzar la estrategia.
3. Propuesta de valor: Define la estrategia institucional con la que la entidad se diferenciará en la prestación del servicio forense y comunica aquello que ofrece de manera diferente para los usuarios.
4. Indicadores estratégicos y metas: Son el medio de medición de los objetivos estratégicos y los resultados que se desean alcanzar con los objetivos.
5. Iniciativas estratégicas: Especifica los proyectos y planes operativos planteados que permiten alcanzar las metas buscadas, acordes con los recursos disponibles.

Cada una de las perspectivas se vincula con las demás mediante relaciones de causa y efecto. El BSC requiere además, el alineamiento de los objetivos estratégicos con indicadores de desempeño, metas, proyectos y planes operativos para hacer posible la



generación de estrategias en forma integrada y garantizar que los esfuerzos de la institución se encuentren en línea con las mismas.¹

Se cuenta con **Indicadores** de gestión y de ejecución presupuestal, para hacer seguimiento y evaluación; a través de ISOLUCIÓN, se generan reportes de los Indicadores, con sus respectivas alarmas.

Adicionalmente, se establece el **Plan Estratégico de TI**, liderado por los Grupos Nacionales de Soporte para las TICS y de Servicios Informáticos. que contempla controles de seguridad para los servicios tecnológicos, a través de la herramienta ORION y consola de antivirus. Así mismo, se cuenta con el PETI, políticas de seguridad y definidos los acuerdos de nivel de servicio para los servicios tecnológicos prestados por terceros y se cuenta con herramientas de gestión para el monitoreo y generación de alarmas tempranas sobre la continuidad y disponibilidad de servicios.

En cuanto al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, se cuenta con la guía DG-A-GUIA-05-V01 GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, adicionalmente en el Manual Integrado de Gestión, numeral 12.15, se describe la política de seguridad de la información y en la Resolución 1627 de 2015, se enumeran las funciones en temas de seguridad y privacidad de la información. La implementación de dicho sistema, se encuentra en el Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. En cuanto a la gestión de activos de información, se encuentra aprobada y divulgada, en la sección Transparencia del portal web institucional.

Así mismo, en el mes de diciembre/2017, se actualizó el procedimiento Planeación Estratégica, V05, DG-EP-19 y el Instructivo Formular, Ejecutar y Hacer Seguimiento al Plan Operativo y Tablero de Control de la Planeación y Ges_v6, DG-E-I-04.

Anualmente, se realiza el **Informe de Gestión**, que describe los procesos misionales y de apoyo, así como los resultados del nivel nacional en cuanto a cantidad de registros del Sistema de Quejas, Reclamos y Sugerencias, Procesos Disciplinarios y Evaluación de la Satisfacción del Cliente por macroproceso (Estratégico, Misional, Apoyo y Evaluación y Control). Vigencia 2017:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/39839/INFORME+DE+GESTION+2017+V1.pdf/ede01c18-323f-b8ed-a5ec-ca66db48b1a6>.

Respecto a los **Procesos/Procedimientos**, se registran y controlan a través del aplicativo "ISOLUCION" (<http://192.168.1.160:9126/isolucion/ControlDelInicio.asp>), así como las acciones preventivas, acciones correctivas y acciones de mejora.

En cuanto a la **Planeación del Talento Humano**, se cuenta con la información estratégica y básica de la entidad, normatividad aplicable a:

- La gestión del talento humano y actos administrativos de creación o modificación de planta de personal (Acuerdo 08 de 2012, Resolución No.0000776 de septiembre de 2017, por la cual se actualizan los grupos internos de trabajo)
- Memorando 017-2017-DG, que modifica el Plan Estratégico,

¹ <http://www.medicinalegal.gov.co/web/guest/gestion/plan-estrategico-institucional>



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSIS
Oficina de Control Interno

- Creación del Procedimiento de Entrenamiento y Reentrenamiento en temas de Control Interno y Auditorías_v01, DG-C-P-19, 2017-12-22
- Procedimiento de Convenios de Cooperación Académica versión 2, DG-M-P-44, 2017-12-29
- Caracterización del Proceso Gestión del talento Humano, código DG-A-CARACT-05
- Programa y Plan de Bienestar Social
- Estudio de Clima y Cultura Organizacional (Semana Institucional 2017, Invitación entrega de incentivos, invitación a socialización del Código de Ética, clausura de la semana institucional 2017).

Por otra parte, anualmente se establece el **Plan Institucional de Capacitación**, mediante el cual se asignan los recursos con base en las necesidades de capacitación priorizadas; así como el **Plan de Inducción**, para servidores nuevos en la entidad, que realiza antes de 4 meses contados a partir de la posesión; el **Plan de Reinducción**, con periodicidad superior a 2 años.

Respecto al **Manual de Funciones**, se han adelantado actividades para la actualización, así como para **Evaluación del Desempeño**, por competencias laborales, del cual se tiene previsto en esta vigencia, realizar una prueba piloto y capacitaciones en competencias transversales (Atención al cliente, Gestión de Documentos y Gestión de Archivo), a través del SENA, participando en mesas sectoriales, específicamente del Sector Justicia. En el 2017, se realizaron varios cursos, con participación del nivel central, Regional Noroccidente y Occidente, especialmente.

Para el año 2018, se tiene programado reiniciar la capacitación para certificación y recertificación de funcionarios. Para tal efecto, se realizarán jornadas de sensibilización, solicitando que se realice en la Dirección Regional Bogotá, para Clínica, Información de Personas Desaparecidas, Laboratorios y a quienes atienden público. En ese sentido, se actualizó el procedimiento Gestión de Certificación de Peritos Forenses versión 03.

La evaluación y seguimiento de la gestión institucional, se realiza mediante auditorías internas, a cargo de la Oficina de Control Interno, de acuerdo a los recursos financieros asignados, la asignación de auditores, pago de viáticos y gastos de viaje, así como la disponibilidad de los auditores en préstamo y expertos técnicos requeridos de la misma entidad, siguiendo los criterios establecidos en el procedimiento de auditorías y las prioridades de los procesos, en el marco del Sistema Integrado de Gestión del Instituto (CALIDAD, MECI, NTC 17025, NTC 17024, 17020 entre otras) y del Programa de Auditorías, que fue aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno y divulgado a través de la página Web de la entidad.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno ha fomentado la cultura de autocontrol a través de las siguientes actividades:

- Revisión y Acompañamiento a los auditados en las acciones propuestas producto de las no conformidades desarrollo de las auditorías internas realizadas.



- Implementación de un Programa Nacional de Asesorías y Acompañamiento “PANA”
- Construcción de herramientas de autocontrol y autoevaluación que permiten a los funcionarios hacer seguimiento del cumplimiento de las funciones asignadas.

2. Gestión de Riesgos Institucionales:

Anualmente se formula el **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**, en cumplimiento de la Ley 1474 de 20011, Decreto 0000124 de 26 de enero de 2016, del Decreto 1081 de 2015 y siguiendo los demás lineamientos normativos y guías, se monitorea y se realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades por cada uno de sus componentes. Vigencia 2017: <http://www.medicinalegal.gov.co/web/guest/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano>

A partir de la política de administración del riesgo, Resolución 000987 de 2017 se establecen sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos, con base en esto, establecen los **mapas de riesgos**, aplicando el Procedimiento de Gestión de Riesgos DG-E-P-22, V05.

- Se realiza seguimiento a los riesgos de corrupción y organizacionales por procesos (misionales y de apoyo), identificados en el mapa de riesgos de la entidad y relacionados en el componente I del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, a través de la Oficina de Control Interno; como resultado de los seguimientos, se evidenció el avance de acuerdo con las acciones propuestas, sin embargo, se deben tener en cuenta oportunidades de mejora como: El mapa de riesgos Institucional no está siendo actualizado y divulgado oportunamente, se tiene en página institucional el mapa de riesgos vigencia 2016. Aunque se han identificado los riesgos a los procesos no se les ha definido como se mide la efectividad de sus controles. No se generan alertas tempranas producto del monitoreo que permitan prevenir la materialización de los riesgos e identificación de riesgos emergentes. No se incorporan en el Modulo de Riesgos de Isolución los riesgos de corrupción.

3. Actividades de Control:

A través del Módulo de Mejoramiento de ISOLUCION, se registran la Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora y se mide la eficacia por los responsables de los procesos; con base en ello, se elabora el Informe de Seguimiento de Gestión del Riesgo.

Se diseñan e implementan actividades de control; se justan y comunican políticas y procedimientos, se analizan y se toman decisiones sobre los riesgos altos y extremos del nivel institucional.

A través de Auditoría Interna de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos (AC-0-06-2017), se evalúa si los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y los objetivos de la entidad, así como la eficiencia, efectividad e

4 Congreso Internacional y 19 Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

"Formación en la Medicina Legal y Ciencias Forenses"

Del 13 al 17 de agosto de 2018. Cartagena de Indias, Colombia

congreso@medicinalegal.gov.co

"Servicio Forense para una Colombia diversa y en paz"

Calle 7 A No. 12 – 61 cinterno@medicinalegal.gov.co

conmutadores 4069977/44 Ext 1510

www.medicinalegal.gov.co



integridad de los controles tecnológicos y se recomiendan mejoras a las actividades de control específicas.

Las actividades descritas se realizan mediante monitoreo y seguimiento conjunto, por parte de la Oficina de Planeación, Oficina de Control Interno, Líderes de Procesos y Facilitadores del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos institucionales, a nivel estratégico, misional, de apoyo y de control, así como validar la eficiencia y efectividad de los controles, definidos en la herramienta de riesgos.

4. Información y Comunicación:

Desde el Grupo Nacional de Comunicaciones, se consolida y se publica a través del Portal Web Institucional, la información exigida por normatividad, como la Ley de Transparencia, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Gobierno en Línea, entre otros, realizando a su vez monitoreo y seguimiento con la Oficina de Control interno, en el marco del funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Así mismo, se garantiza que los ciudadanos tengan acceso a la información pública, se realiza difusión de información sobre la gestión y resultados de la entidad.

La comunicación institucional, se caracteriza por permitir el flujo de información en doble vía con otras entidades, la academia, organismos de control, medios de comunicación; se evidencia a través de los aplicativos y sistemas de información a los que tienen acceso otras entidades, (SIRDEC, <http://www.medicinalegal.gov.co/red-nacional-de-desaparecidos-rnd->), Convenios firmados con universidades (<http://www.medicinalegal.gov.co/convenios-academicos>), organismos de control (<http://www.medicinalegal.gov.co/ley1474>) y medios de comunicación (solicitudes de medios por email)

Política de gestión documental, incluida en el Manual de Calidad en la sección 12 – Otras Políticas, numeral 12.22.

Los temas de Gestión Documental fueron tratados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Interno de Archivo, según el caso (Actas de Comité Institucional de Desarrollo Administrativo) y Tabla de Retención Documental – TRD. Frente a la producción de documentos (recepción y generación), se tienen normalizados las formas y formatos para elaborar documentos

Respecto al Sistema Integrado de Gestión – ISOLUCION, la entidad cuenta con el Instructivo de uso de Imagen Institucional, el cual tiene como propósito estandarizar e implementar el uso unificado del logo-símbolo del Instituto en todos los puntos de atención en el país, como aporte en el posicionamiento y reconocimiento de la Entidad a nivel nacional e internacional.

Así como, Fondos Documentales Acumulados - FDA (Actas de Tablas de Valoración Documental, Inventario Documental, oficio No.249-2016-GNGD, Presentación Tablas de Valoración Documental INMLCF Cuadros de Clasificación Documental (8) períodos), Cuadro de Clasificación Documental CCD, Formato Único de Inventario Documental - FUID (30%) y en lo corrido del año, la entidad realizó transferencias de documentos de los



archivos de gestión al archivo central, mediante la aplicación de TRD; se evidencia en Acta de Transferencia Documental de Unidades Organizacionales. En cuanto a los archivos de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario son considerados de conservación permanente.

El criterio utilizado para la disposición final de documentos (Conservación Total, Selección, Aplicación de microfilmación o digitalización o eliminación) es la aplicación de la TRD o TVD, <http://www.medicinalegal.gov.co/gestion-documental>

Frente a la conservación documental de los soportes físicos, se han realizado mantenimientos a los sistemas de almacenamiento e instalaciones físicas (reparación locativa, limpieza), actividades registradas en libros.

Se clasifica la información y establece categorías y restricciones de acceso a los documentos electrónicos, mediante el Índice de información clasificada y reservada, <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/130592/INDICE+DE+INFORMACION+CLASIFICADA+Y+RESERVADA+2017+VERSION+3.xls/64011585-f1a1-3ec4-d102-bb97a8f699ad>; de igual manera, se actualizan periódicamente los activos de información,

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/130592/REGISTRO+DE+ACTIVOS+DE+INFORMACION+2017+VERSION+3.xlsx/fff41dcc-ded4-4b32-28a0-00345487a253>

Cuenta con mecanismos o controles técnicos en los Sistemas de Información para restringir el acceso a los documentos en entorno electrónico, mediante la Guía GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Código: DG-AGUIA- 05-V1

Mediante la Resolución No. 000951 de 19 de diciembre de 2017, se establece la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Para alinear la gestión documental de la entidad con la política de gestión ambiental, se implementó la política de reducción del uso del papel - Política de Cero Papel

El archivo de la entidad pone a disposición de sus usuarios (internos y externos) la documentación que administra, mediante un libro en donde se registra la información y formatos de requerimientos.

Respecto a **participación grupos de valor**, se realizaron:

- Comités interinstitucionales para la prevención de la violencia sexual y atención de las víctimas de abuso sexual
- Mesas interinstitucionales para la búsqueda de personas desaparecidas
- Comités técnicos derechos del adulto mayor, población vulnerable, LGTBI, resguardos indígenas, entre otros
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos
- Prevención de Riesgos
- Plan Integral Departamental de Drogas, etc, a nivel nacional.



Se creó el Grupo Nacional de Atención al Ciudadano, mediante Resolución No.312 de 2017, del 12 de junio de 2017, el cual tiene por objeto diseñar e implementar la política y estrategias de servicio al ciudadano en el INMLCF.

Documentos Institucionales en ISOLUCION:

- Instructivo: DG-C-I-01 ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LOS CANALES PRESENCIAL, TELEFÓNICO Y REDES SOCIALES, actualizado 2017/12/06
- Caracterización: DG-C-CARACT-06 GESTIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, actualizado 2017/12/27
- Procedimiento: DG-C-P-03 GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS, actualizado 2017/12/19
- Procedimiento: DG-A-P-92-V01 CONTESTACION A DERECHOS DE PETICION, actualizado 2016/12/30
- Actualización del procedimiento ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LOS CANALES PRESENCIAL, TELEFÓNICO Y REDES SOCIALES_v02, DG-C-I-01, 2017-12-18

Se han estado adelantando actividades para conocer la **percepción del cliente** para trámites y procedimientos administrativos y ajustar el formulario de evaluación, por parte del Grupo de Atención al Ciudadano. Adicionalmente, se incluyó el requerimiento Encuestas de Opinión a través del sitio web, dentro del contrato del portal Web 2017.

En cuanto a PQRS, (Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias, se actualizó el Procedimiento: DG-C-P-03 GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS y adicionalmente, se está actualizando el aplicativo de PQRS con la opción para adjuntar archivos y elegir medio por el cual quiere recibir respuesta; se encuentra en pruebas.

5. Monitoreo o supervisión continua

Según el Programa único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS) 2017, se programó realizar auditorías a los 15 procesos institucionales incluidos en el mapa de procesos, de este programa se realizó auditorías a 14 procesos, no se pudo realizar las auditorías del proceso Gestión del Sistema de Evaluación y Control, ya que no se asignaron los recursos presupuestados para la realización de la contratación.

Total de auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno: 14 de procesos institucionales + 44 de laboratorios + 2 especiales, para un total de 60 auditorías.

Durante la vigencia 2017, la Instituto recibió auditorías de los órganos de acreditación externos como es ONAC y SGS, en cuanto a lo relacionado con la realización de las auditorías a los laboratorios acreditados.

En cuanto a seguimientos, durante la vigencia 2017 se programaron 49, a los planes de mejoramiento, acciones correctivas y acciones preventivas de las auditorías realizadas en el año 2016, de los cuales se ejecutó el 100%, con el propósito es establecer e informar si las



acciones correctivas o preventivas y acciones de mejora (producto de los hallazgos de auditoría) definidos en los Planes de Mejoramiento cumplieron con las acciones propuestas. Estos seguimientos fueron realizados por los facilitadores del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de cada una de las unidades organizacionales responsables y comunicado a la Oficina de Control Interno. Para la revisión de la eficacia de dichas acciones la Oficina de Control Interno mediante la programación de auditoría posterior verificara su eficacia.

PLAN DE MEJORA:

Realizado el autodiagnóstico de la Dimensión de Control Interno, se determinó la necesidad de mejorar los siguientes requerimientos:

1. Ambiente de Control:

- Realizar jornadas de difusión de los documentos en forma de talleres con estrategias lúdicas para facilitar su comprensión y apropiación.
- Coordinar el trabajo de diseño y consultas de los sistemas de información institucionales frente a los requisitos y lineamientos de la Subdirección de Servicios Forense en cuanto a Indicadores
- Analizar la posibilidad de establecer indicadores que estén alineados con los objetivos del sistema integrado de gestión, específicamente los relacionados con el Proceso Gestión del Servicio Pericial.
- Que el Comité Institucional de coordinación de Control Interno, supervise el desempeño del Sistema de Control Interno y determine las mejoras a que haya lugar.

2. Gestión de Riesgos Institucionales:

- Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente.
- Trabajar en la medición de la efectividad del riesgo (medir el análisis del funcionamiento e impacto del control)
- Establecer supervisores e interventores de contratos que realicen seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas
- Identificar los riesgos de contratación, defensa jurídica, seguridad y privacidad de la información.

3. Actividades de Control:

- Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Oficina de Control Interno

- Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control
- Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles para contribuir a evitar la materialización de los riesgos.
- Definir controles en materia de Tecnología de Comunicación e información

4. Información y Comunicación:

- Responder por la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, incluyendo la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene
- Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales
- Crear el Sistema Integrado de Conservación – SIC
- Realizar actividades de preservación a largo plazo de documentos digitales y/o electrónicos de archivo.
- Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del Control Interno.

5. Monitoreo o supervisión continua

- Revisar periódicamente el módulo de mejoramiento y realizar registro de seguimiento de la acción y cierre de las actividades parciales según sea el caso, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones oportunas para la toma de decisiones.
- Aplicar e implementar los diferentes actos administrativos establecidos por el Instituto donde se designan responsabilidades a los grupos de trabajo.

Cordialmente,

NESTOR FAN LEÓN NIÑO
Jefe oficina de Control Interno

Proyecto: Ing. Sol Angel Ardila Parra - Profesional Especializado
Revisó: Dr. Nestor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno