

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA O SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-11
	FORMATO INFORME EJECUTIVO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	09-06-2025

INFORME EJECUTIVO N.001– 2026 EVALUACIÓN DEPENDENCIAS ICANH 2025-2026

Este informe ejecutivo ha sido elaborado conforme a las disposiciones normativas vigentes para entidades públicas en Colombia, incluyendo el Decreto 1499 de 2017 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Su propósito es evaluar la eficacia, eficiencia y cumplimiento normativo de la gestión institucional, con un enfoque basado en riesgos y alineado con estándares internacionales.

Mediante las observaciones, no conformidades y oportunidades de mejora contenidos buscan fortalecer el control interno mitigar riesgos y contribuir al mejoramiento continuo de la entidad, garantizando objetividad, imparcialidad y confidencialidad en su desarrollo.

Los resultados presentados en este informe buscan proporcionar a la Alta Dirección una herramienta que facilite la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo, la mitigación de los riesgos y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

El documento es entregado en el marco de los principios de objetividad, imparcialidad y confidencialidad, en cumplimiento de las normas éticas aplicables a las labores de auditoría.

OBJETIVO

Establecer la metodología y los criterios para realizar la Evaluación de la Gestión por Dependencias a cargo de la Oficina de Control Interno, con los criterios de valoración cualitativa y cuantitativa con base en la gestión y resultados alcanzados.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La Oficina de Control Interno es responsable de realizar la Evaluación Institucional por Dependencias, teniendo en cuenta los siguientes criterios de referencia:

Tabla N°1. Criterios evaluativos para las dependencias

Cumplimiento plan de acción de la dependencia	10%	El peso porcentual de los siguientes criterios: cumplimiento del plan de acción de la dependencia, cumplimiento de los planes de mejoramiento, cumplimiento en la atención al usuario y partes interesadas, cumplimiento de indicadores y cumplimiento en la ejecución del presupuesto, es proporcional al nivel de cumplimiento porcentual anual reportado en la vigencia de cada una de las herramientas, tras la revisión de evidencias realizada por la OCI.
Cumplimiento Planes de Mejoramiento	5%	
Cumplimiento en atención al usuario y partes interesadas	20%	
Cumplimiento de Indicadores	20%	
Cumplimiento de Riesgos	20%	
Cumplimiento Ejecución de presupuesto	25%	

Fuente: Elaboración propia

La suma de cada uno de los criterios evaluados, arroja el resultado de la dependencia para el periodo evaluado, el cual se ubica en la siguiente escala de calificación:

Tabla N°2. Resultados dependencia

≥ 80% Opera correctamente
> 50% Requiere acciones de mejora
≤ 50% No opera correctamente

Fuente: Evaluación del Equipo de la Oficina de Control Interno

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA O SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-11
	FORMATO INFORME EJECUTIVO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	09-06-2025

DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS

- A. Cumplimiento plan de acción de la dependencia:** La evaluación institucional a la gestión de las dependencias deberá tener como referente la planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo, los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados, los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo con lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación.

El documento insumo de este ítem será el Plan de Acción Institucional por Dependencia establecido desde el proceso de Direccionamiento Estratégico por la Oficina Asesora de Planeación.

Se tomará el valor registrado como consolidado al final de la vigencia, indicado en este formato como: Total % Avance del Plan de Acción. Este se presume validado por la segunda línea de defensa, una vez haya sido entregado a la Oficina de Control Interno.

Para adecuación en el instrumento de evaluación si la meta física ejecutada supera lo programado, la calificación que obtiene es de 100%.

- B. Cumplimiento a los planes de mejoramiento:** Esta calificación se obtiene a partir de la evaluación al avance y cumplimiento de las acciones formuladas en el Plan de Mejoramiento institucional y que tengan fecha de terminación a 31 de diciembre de la vigencia de evaluación o antes y que se encuentran bajo responsabilidad de cada una de las Dependencias. La información para evaluar este criterio es generada por la Oficina de Control Interno a partir de la información suministrada por cada una de las dependencias sobre la ejecución del plan de mejoramiento

Cuando una acción del plan de mejoramiento estuvo a cargo de dos dependencias distintas, se cuenta para cada una de las dependencias involucradas. Los planes de mejoramiento sin formular a la fecha de evaluación y que debían haberse elaborado a 31 de diciembre de la vigencia anterior se calificarán con 0% por cada hallazgo registrado.

- C. Atención oportuna en la respuesta a las PQRSDF:** Esta calificación se obtiene de la base de datos aportada por el área funcional de relacionamiento y atención al ciudadano sobre el total de peticiones recibidas y atendidas y los tiempos de respuesta en días hábiles, frente al plazo establecido, determinando el porcentaje de oportunidad a la ciudadanía.
- D. Cumplimiento de indicadores:** : Esta calificación se obtiene a partir de la evaluación al avance y cumplimiento de los indicadores y el resultado contenido en los informes de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación.

Se tomará el valor registrado en cada uno de los periodos sujetos de reporte así estos no hayan tenido reporte en porcentaje de manera oportuna y se promediará el resultado como consolidado final de la vigencia, indicado en este formato como: Total % cumplimiento de indicadores. Este se presume validado por la segunda línea de defensa, una vez haya sido entregado a la Oficina de Control Interno.

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA O SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-11
	FORMATO INFORME EJECUTIVO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	09-06-2025

- E. Cumplimiento de riesgos:** Esta calificación se obtiene a partir de la evaluación al reporte oportuno de evidencias y cumplimiento de las actividades de control de riesgos y el resultado contenido en los informes de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación.

Una vez se realiza la consulta a las evidencias compartidas por los responsables y se identifica ejecución total de controles en riesgos, se otorga el 20%, cuando la ejecución es parcial y posterior al 50% se otorga el 10%, y cuando la ejecución sea parcial e inferior al 50%, sin evidencia o la Oficina de Control Interno no logra tener acceso a las evidencias se otorga 0%.

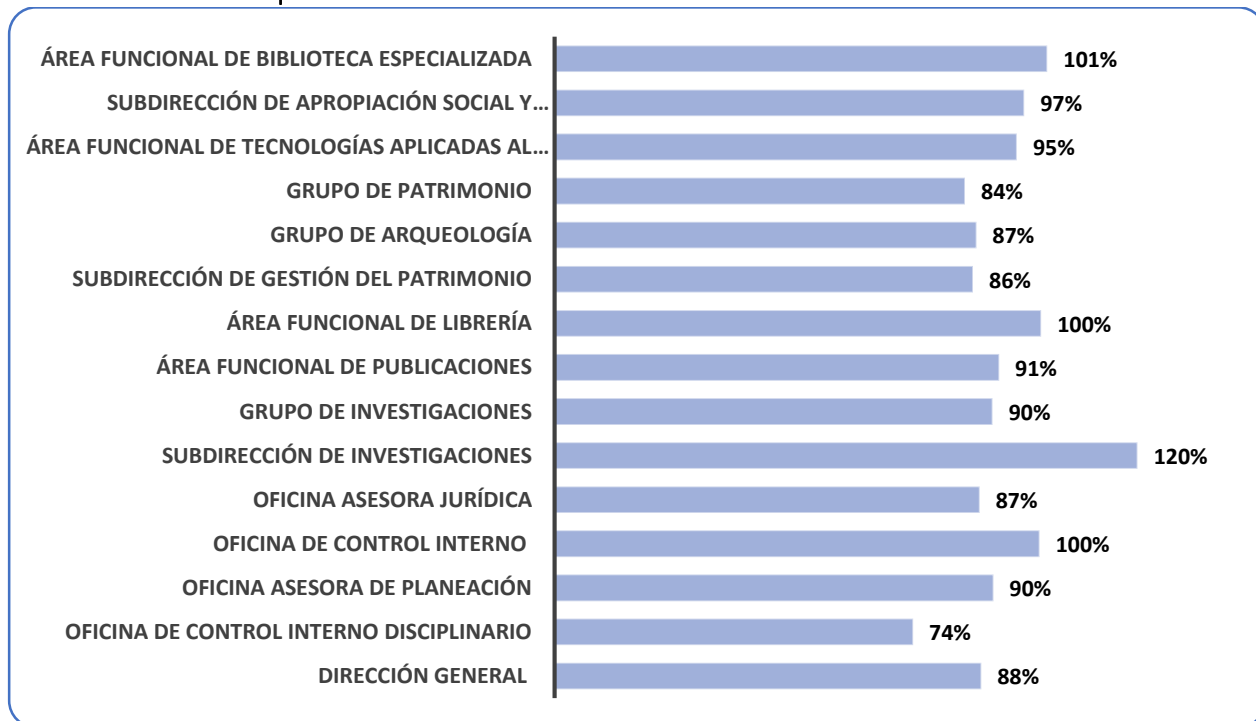
- F. Ejecución presupuestal:** Esta calificación se obtiene a partir del reporte de ejecución del POAI y el resultado contenido en los seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación.

Se tomará el valor registrado como consolidado al final de la vigencia, indicado en este formato como: Total % de ejecución. Este se presume validado por la segunda línea de defensa, una vez haya sido entregado a la Oficina de Control Interno.

RESULTADO

El seguimiento realizado a las dependencias del ICAANH reveló un cumplimiento promedio del 90% en todas las áreas evaluadas, superando la calificación del año inmediatamente anterior, lo que indica que estas operan correctamente. Sin embargo, esta oficina también identificó deficiencias en las herramientas de control y oportunidades de mejora en diversas áreas de la entidad. A continuación, se presentan los resultados por área, junto con las recomendaciones correspondientes.

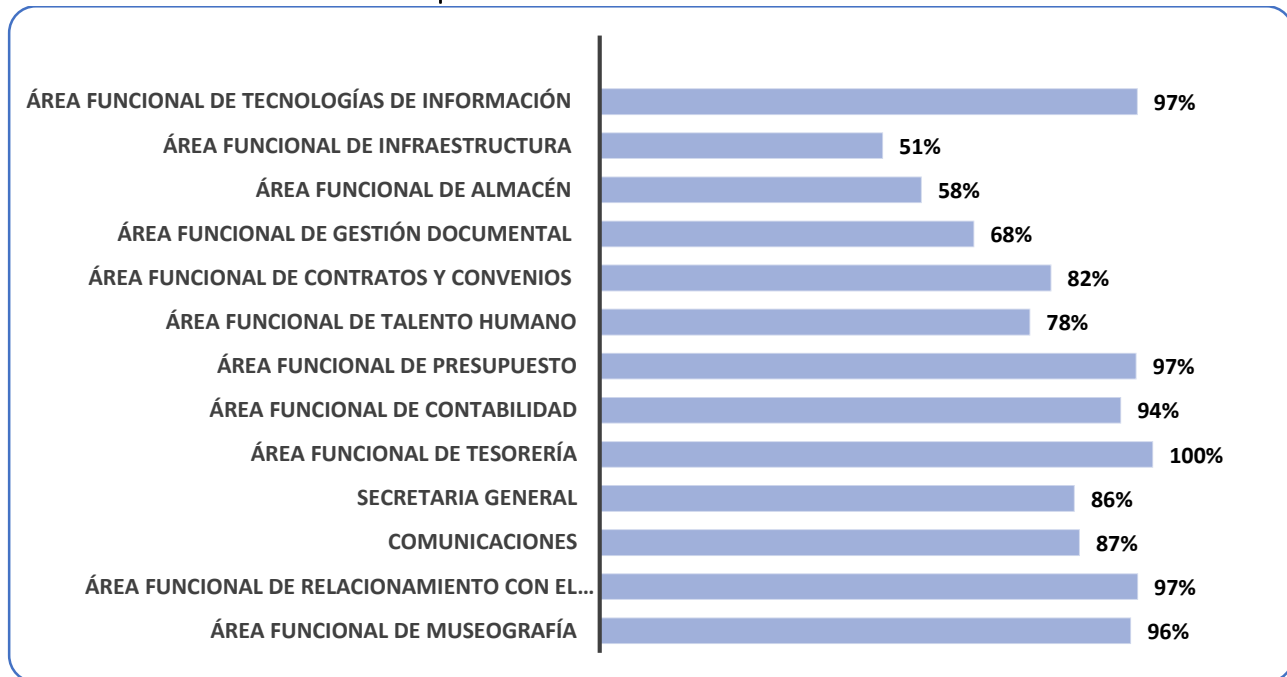
Gráfico N°1. Resultado por área.



Fuente: Elaboración propia auditor interno OCI

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA O SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-11
	FORMATO INFORME EJECUTIVO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	09-06-2025

Grafico N°2. Continuación Resultado por área.



Fuente: Elaboración propia auditor interno OCI

Se mantiene la alerta temprana para el **Área Funcional de Tecnologías aplicadas al Patrimonio y Patrimonio Cultural Sumergido**: La evaluación no arroja una calificación para el período analizado, ya que se identificó la ausencia de la mayoría los criterios evaluativos, solo se evaluó atención a la ciudadanía, es necesario que desde el área y la Planeación Estratégica de la Entidad se implementen herramientas que permitan realizar mediciones al área.

Alerta temprana N°1

Así mismo se establece alerta temprana para las áreas funcionales de Gestión Documental (68%), Almacén (58%) e Infraestructura (51%) presentan un cumplimiento inferior al umbral del 80% en el total de gestiones anuales, dado el cumplimiento parcial de las acciones del plan de acción institucional (PAI), gestión de riesgos e indicadores de desempeño. Se recomienda al interior de las áreas activar de inmediato medidas correctivas priorizadas para cerrar brechas críticas, asignar responsables con fechas límite y establecer indicadores de seguimiento, a fin de evitar impactos en la confiabilidad de procesos y la rendición de cuentas institucional, en lo que respecta en la vigencia 2026.

RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno, se permite establecer las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda definir y desplegar planes de acción institucional claro, con objetivos, metas, responsables y plazos por dependencia y grupo de la Entidad, facilitando la coordinación, priorización y seguimiento de las iniciativas de mejora, asegurando que todos los actores trabajen con una referencia común y trazable.

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA O SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-11
	FORMATO INFORME EJECUTIVO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	09-06-2025

2. Optimizar la gestión de PQRSDF para lograr mayor oportunidad y calidad de respuesta a la ciudadanía con el fin de mejorar la experiencia ciudadana y fortalece la confianza institucional, al reducir tiempos de respuesta y aumentar la consistencia de las respuestas.
3. Revisar, ajustar e incluir los indicadores de gestión para que sean precisos, alineados con los objetivos estratégicos y representativos del desempeño, permitiendo facilitar la identificación de áreas de mejora y la asignación eficiente de recursos, al evitar indicadores poco informativos o desalineados.
4. Implementar o fortalecer un sistema de gestión de riesgos con controles documentados y con supervisión por la segunda línea de defensa, garantizando la identificación, mitigación y monitoreo de riesgos relevantes, mejorando la resiliencia institucional y la trazabilidad de las acciones de mitigación.
5. Mantener mapas de riesgos actualizados, planes de mitigación con responsables y fechas, y reportes de trazabilidad que sustenten la toma de decisiones.
6. Fomentar una Cultura de colaboración y coordinación entre dependencias, mediante talleres, reuniones periódicas y comunidades de práctica entre dependencias, para facilita la coordinación, el intercambio de buenas prácticas y la optimización de recursos, reduciendo duplicidades y cuellos de botella.

CONCLUSIONES

1. En general, las dependencias evaluadas se ubicaron en la escala "opera correctamente", con un promedio de cumplimiento del 90%, reflejando un desempeño satisfactorio en la gestión institucional. Sin embargo, se identificaron áreas significativas con oportunidad de mejora, especialmente en la elaboración e implementación de Planes de Acción, Respuesta oportuna a la Ciudadanía, Gestión y presentación de evidencias de criterios como Indicadores y Riesgos ante la Oficina Asesora de Planeación quien opera como segunda línea de defensa y acceso a la información a la Oficina de Control Interno para evidenciar su efectividad operativa.
2. El reporte oportuno y la adecuada gestión de los indicadores, las PQRSDF, los Riesgos y los Planes de Mejoramiento, revela la importancia de implementar sistemas de seguimiento y evaluación robustos. Estos sistemas no solo ayudarán a monitorear el desempeño, sino que también permitirán realizar ajustes proactivos en las estrategias de gestión, asegurando que las dependencias puedan responder eficazmente a las demandas y necesidades de la ciudadanía y en cumplimiento de las metas institucionales en el marco del MIPG y del MECI.

DIANA CAROLINA GARZÓN
JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaboró: Diana Carolina Garzón - Oficina de Control Interno /25-01-2026
Revisión: Eliana Pachón Suarez / Laura Vanessa Orjuela Barahona – Contratistas Oficina de Control Interno
Fecha: 26-01-2026 / 27-01-2026
Aprobó: Diana Carolina Garzón - Oficina de Control Interno /26-01-2026