



ICANH

MEMORANDO



ICANH – MI 2025130000017903

Bogotá D.C., 14-04-2025

PARA: **ALHENA CAICEDO FERNÁNDEZ**
Directora General
Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH)

DE: **DIANA CAROLINA GARZÓN OCHOA**
Jefe (E) Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de Evaluación de Dependencias 2024 - 2025

Estimada doctora Alhena, cordial saludo.

El informe adjunto corresponde a lo evidenciado durante el seguimiento realizado a 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.

Atentamente,

DIANA CAROLINA GARZÓN OCHOA
Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA GARZON OCHOA
Fecha: 2025.04.14 16:46:39 -05'00'

Diana Carolina Garzón
Jefe (E)
Oficina de Control Interno

Anexo: Informe Ejecutivo N.009 – 2025 Evaluación Dependencias del ICANH 2024-2025

Transcriptor: David Santiago Joya Forero – Contratista Apoyo Administrativo

	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

INFORME EJECUTIVO N.009 – 2025 EVALUACIÓN DEPENDENCIAS ICANH 2024-2025

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:

CRITERIOS EVALUATIVOS PARA LAS DEPENDENCIAS		OBSERVACIÓN
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%	

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.

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

Fuente: Evaluación del Equipo de la Oficina de Control Interno

	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

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 de recibidas y atendidas y los tiempos de respuesta en días hábiles, frente al plazo establecido. Esta información es suministrada por el área funcional de Atención al Ciudadano.
- 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 % de manera oportuna y se promediara 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 AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

- 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 comportadas 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%.

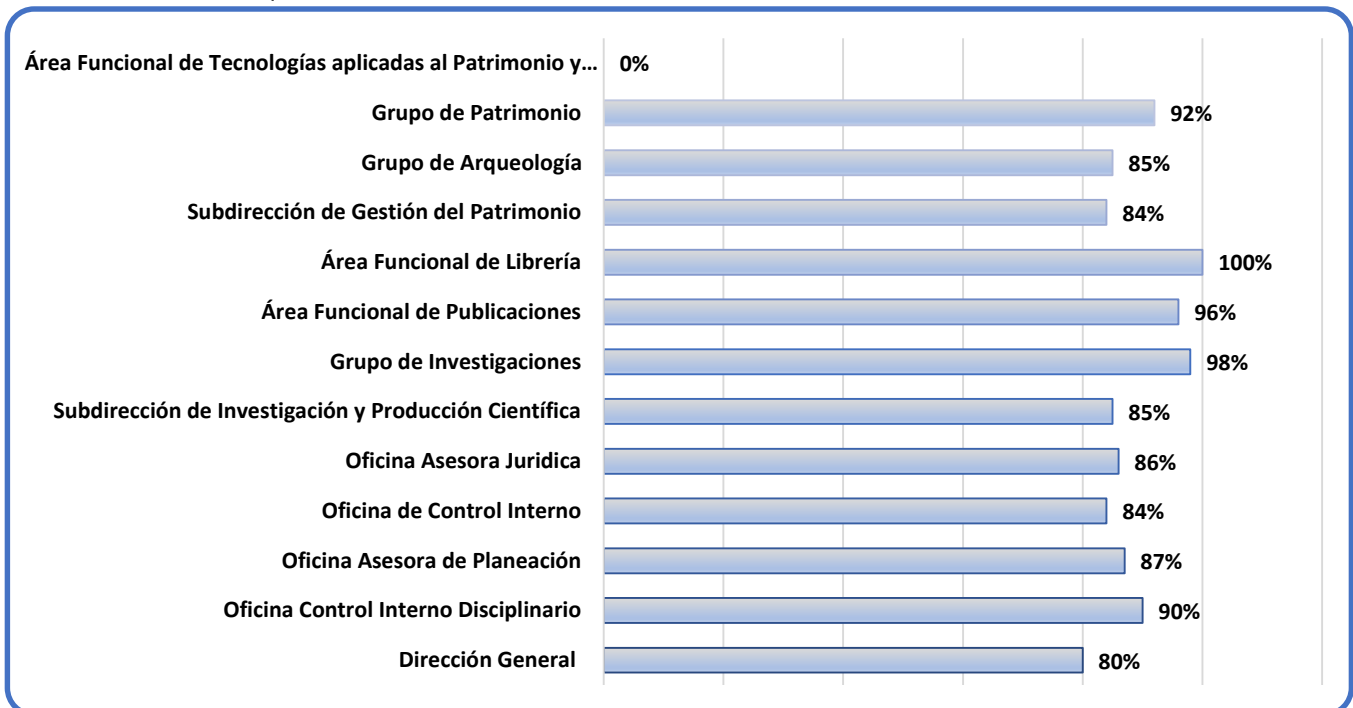
- F. Ejecución presupuestal:** Esta calificación se obtiene a partir del reporte de ejecución del POAI y el resultado contenido en los seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación.

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 87% en todas las áreas evaluadas, 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.

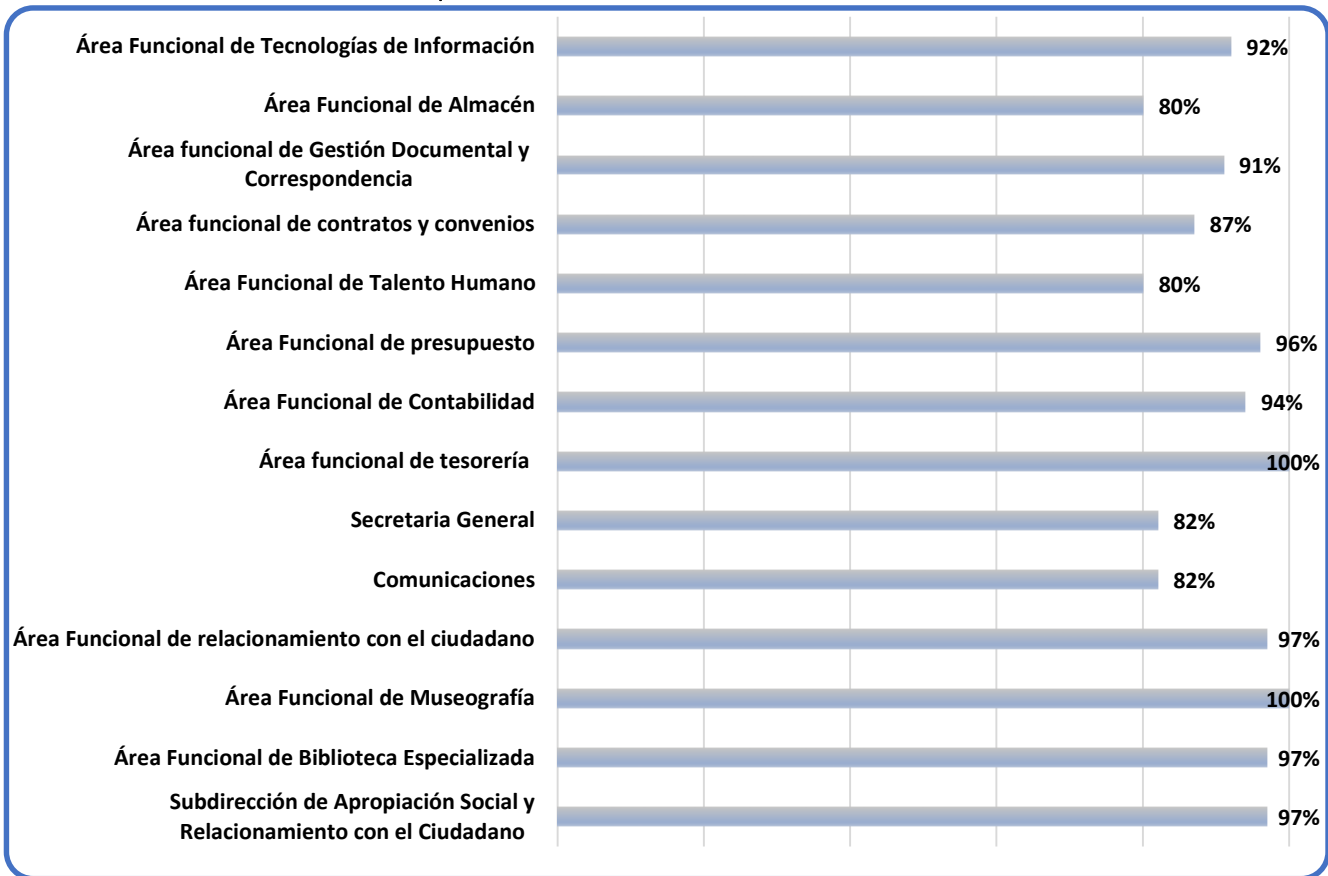
Grafico N°1. Resultado por área.



Fuente: Elaboración propia auditor interno OCI

	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

Grafico N°2. Continuación Resultado por área.



Fuente: Elaboración propia auditor interno OCI

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 todos los criterios evaluativos, es necesario que desde el área y la Planeación Estratégica de la Entidad se implementen herramientas que permitan realizar mediciones al área.

RECOMENDACIONES

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

- Definición de un Plan de Acción Institucional:** Es necesario definir un plan de acción institucional que establezca claramente los objetivos, metas y responsabilidades en cada una de las dependencias y grupos de la Entidad. Esto facilitará la coordinación y seguimiento de los esfuerzos de mejora.
- Monitoreo de PQRSDF:** Es necesario mejorar la gestión de PQRSDF, garantizando mayores niveles de oportunidad en la respuesta a la ciudadanía.

	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

3. **Fortalecimiento de Indicadores de Gestión:** Revisar y ajustar los indicadores de gestión para que sean más precisos y reflejen de manera efectiva el desempeño institucional. Esto ayudará a identificar áreas de mejora con mayor claridad.
4. **Gestión de Riesgos:** Implementar un sistema de gestión de riesgos más robusto que garantice el control y documentación adecuadas por parte de los respectivos responsables ante la segunda línea de defensa.
5. **Promoción de la Colaboración Interdependencia:** Fomentar una cultura de colaboración y comunicación entre las distintas dependencias para coordinar esfuerzos y compartir buenas prácticas. Talleres y reuniones periódicas pueden facilitar un intercambio de ideas y recursos.
6. **Implementación de un Sistema de información de Monitoreo y Evaluación:** Crear un sistema de monitoreo y evaluación que permita realizar un seguimiento continuo del desempeño de cada dependencia. Esto debe incluir la recopilación y análisis de datos sobre cumplimiento de objetivos, eficiencia en la gestión y satisfacción ciudadana.
7. **Capacitación Continua del Personal:** Invertir en programas de capacitación y desarrollo profesional para el personal en áreas como gestión de proyectos, atención al ciudadano y control interno. Esto fortalecerá las capacidades del equipo humano y mejorará la calidad del servicio.
8. **Revisión de Indicadores de Gestión:** Reevaluar y optimizar los indicadores de gestión para que sean más representativos y alineados con los objetivos estratégicos de cada dependencia. Esto permitirá medir de manera más efectiva el desempeño y dirigir recursos a las áreas que lo requieren con mayor urgencia.
9. **Asignación Adecuada de Recursos:** Asegurarse de que las dependencias cuenten con la asignación adecuada de recursos, tanto financieros como humanos, para implementar eficazmente los planes de acción y mejoramiento. Esto incluye garantizar que todos los recursos estén disponibles desde el inicio del periodo fiscal.
10. **Fortalecimiento de la Transparencia y Rendición de Cuentas:** Implementar prácticas de transparencia en la gestión y rendición de cuentas ante los ciudadanos, promoviendo mecanismos de participación que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones y contribuciones al proceso de mejora institucional

CONCLUSIONES

1. En general, las dependencias evaluadas se ubicaron en la escala "opera correctamente", con un promedio de cumplimiento del 86%, 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.

	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

2. La falta de planes de acción institucional, formulación de indicadores e identificación de riesgos en varias dependencias sugiere una necesidad urgente de fortalecer la planificación estratégica. Un enfoque estructurado en la coordinación de esfuerzos y en la asignación de responsabilidades será clave para mejorar el rendimiento y la rendición de cuentas a la ciudadanía.

3. 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 GARZON OCHOA Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA GARZON OCHOA
Fecha: 2025.04.14 12:31:48 -05'00'

DIANA CAROLINA GARZÓN
JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaboró: Diana Carolina Garzón - Oficina de Control Interno
Fecha: 20-03-2025
Revisión cruzada: Equipo de Oficina
Fecha: 10-04-2025
Aprobó: Diana Carolina Garzón - Oficina de Control Interno
Fecha: 14-04-2025