

MEMORANDO



ICANH – MI 2024130000019373

Bogotá D.C., 23-04-2024

PARA: **ALHENA CAICEDO FERNANDEZ**
Directora General ICANH.

DE: **DIANA CAROLINA GARZÓN**
Oficina de Control Interno

ASUNTO: Presentación de resultados de evaluaciones correspondientes al cierre de la vigencia 2023

Estimada doctora Alhena, cordial saludo.

Los documentos adjuntos corresponden a los informes para dar cierre al proceso evaluativo de la vigencia 2023; entre ellos se encuentran los siguientes:

- 010-2024 Informe de seguimiento Ekogui – segundo semestre de la vigencia 2023.
- 011-2024 Informe de seguimiento ultimo cuatrimestre y cierre PAAC y Riesgos de Corrupción.
- 012-2024 Informe de seguimiento a la Atención al Ciudadano segundo semestre vigencia 2023
- 013-2024 Informe de evaluación riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información.

Lo anterior con el fin de informar a la Alta Dirección respecto al resultado de cada uno de los procesos antes citados.

Atentamente,

Diana Carolina Garzón O.  Firmado digitalmente por Diana Carolina Garzón O.
Fecha: 2024.04.24 11:10:35 -05'00'

Diana Carolina Garzón Ochoa
Jefe (E) Oficina de Control Interno

Transcriptor: Laura Vanessa Orjuela – Profesional 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

INFORME N. 013-2024 EVALUACIÓN RIESGOS DE GESTIÓN, CORRUPCIÓN Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN VIGENCIA 2023.

OBJETIVO

Evaluar la Gestión del Riesgo en el Instituto Colombiano de Antropología e Historia ICANH, a partir de las evidencias aportadas por cada una de las áreas en el marco de los riesgos de corrupción, gestión y tecnologías de la información (TI), con el fin de verificar si en el ICANH ha existido materialización de estos, o, por el contrario, las actividades diseñadas como mecanismo de control son eficientes y oportunas para mitigar los Riesgos en la Entidad.

Así mismo se realiza seguimiento a la efectividad de la herramienta de control definida para el Instituto Colombiano de Antropología e Historia - ICANH durante la vigencia 2023, en el marco del sistema de control interno y a través de la Política de Administración del Riesgo de Gestión y de Seguridad de Información, los Mapas de Riesgo Institucionales por proceso y las evidencias compartidas por los responsables conforme a los controles.

ALCANCE

Inicia con la verificación del cumplimiento de las actividades identificadas en los controles establecidos en cada uno de los procesos de la matriz de Riesgos de Corrupción, Gestión y Seguridad de la Información y finaliza con la presentación del informe final en la página web, a la Alta Dirección y a la Oficina Asesora de Planeación, para la implementación de las acciones de mejoramiento a que haya lugar. Comprende el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2023.

CRITERIO

El seguimiento correspondiente a la matriz de riesgos y los controles se fundamenta en las siguientes normas:

- **Ley 87 de 1993.** *“Por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.”*
- **Decreto 1083 de 2015.** *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”*
- **Decreto 1081 de 2015.** *“Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”.*
- **Decreto 648 de 2017.** *“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”.*
- **Decreto 1499 de 2017.** *“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Público, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.*

	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

- **Procedimiento Interno.** MC-PR-01 Procedimiento Administración de Riesgos
- **Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.** noviembre 2022, Departamento Administrativo de la Función Pública.

RESULTADO

1. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE RIESGOS DE GESTIÓN (RG) y CORRUPCIÓN (RC).

1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

RG 01: Posibilidad de pérdida reputacional debido al incumplimiento en la publicación de planes e informes de gestión institucional obligatorios debido a la falta de coordinación entre áreas.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos

Actividad de Control:

1. El jefe de la Oficina Asesora de planeación y el profesional asignado realizan sensibilizaciones relacionadas con la periodicidad en la publicación de los distintos planes de la entidad.
2. El jefe de la Oficina Asesora de planeación y el profesional asignado envían correos previos recordando las fechas de publicación.

Resultado: La Oficina de Control Interno, evidenció que el líder de proceso o delegado, ejecuto los controles establecidos acorde a la frecuencia requerida y dejando la evidencia pertinente en la ruta documental, lo anterior ha permitido mantener control del riesgo.

IMAGEN N°1 Soporte documental que mide el cumplimiento de publicación de Planes Institucionales.

Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	martes, enero 31, 2023	https://www.icanh.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/planes-e-strategicos-e-institucionales/2023/plan-de-trabajo-sgssta-icanh-2023
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC	lunes, enero 23, 2023	https://www.icanh.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/planes-e-strategicos-e-institucionales/plan-anticorrupcion-atencion-al-ciudadano-paac/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al
Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI	martes, enero 31, 2023	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcapcgiciefindmkaj/https://www.icanh.gov.co/recursos_user/PETI_2023_-_2026.pdf
Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	miércoles, marzo 22, 2023	https://www.icanh.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/planes-e-strategicos-e-institucionales/plan-tratamiento-riesgos-seguridad-privacidad-informacion
Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	martes, enero 31, 2023	https://www.icanh.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/planes-e-strategicos-e-institucionales/plan-seguridad-privacidad-i
Indicador		
(No. planes formulados a tiempo / total de		
Planes formulados a tiempo	11	79%
Publicados después del tiempo	3	21%
Total de planes establecidos	14	100%
TOTAL 79%		

Fuente: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cmLwzto5itey_7hpxhlsQAHRd9jvKTj/edit#gid=366280517

	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

No obstante, los soportes documentales compartidos dan cuenta de un nivel de cumplimiento parcial en cuanto a la publicación de los planes institucionales que deben publicarse a 31 de enero de cada una de las vigencias y de acuerdo al marco normativo, el resultado parcial de cumplimiento es del setenta y nueve por ciento (79%). Desde la Oficina de Control Interno se recomienda revisar y mejorar los controles establecidos y evitar las desviaciones evidenciadas en la vigencia 2023; así como dar cumplimiento a las acciones del plan de tratamiento de los riesgos, teniendo en cuenta que, para el periodo evaluado, estas no fueron ejecutadas y que de esta manera se pueda asegurar que el proceso cumple con el objetivo planteado.

RG 02: Posibilidad de pérdida económica debido al incumplimiento en la ejecución de planes institucionales obligatorios debido a la falta de coordinación entre áreas.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos

Actividad de Control:

1. El jefe de la Oficina Asesora de planeación y el Profesional asignado envía correos previos recordando las fechas de seguimiento a los planes institucionales.
2. El jefe de la Oficina Asesora de planeación y el Profesional asignado realiza el seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades de los planes institucionales

Resultado: La Oficina de Control Interno evidenció que el líder de proceso o delegado, ejecuto los controles establecidos acorde a la frecuencia requerida y dejando la evidencia pertinente en la ruta documental, lo anterior ha permitido mantener control del riesgo.

IMAGEN N°2 Soporte documental que mide el cumplimiento de ejecución de Planes Institucionales.

CUMPLIMIENTO PLANES INSTITUCIONALES ICANH 2023	
PLANES A CARGO DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Plan Estratégico Sectorial - PES	0,000%
Plan Estratégico Institucional - PEI	97%
Plan de Acción Institucional - PAI	91%
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC	95%

No aplica porque todavía no se cuenta con el Plan definitivo

Indicador
(# de planes ejecutados dentro del tiempo definido/total de planes formulados) x 100
Promedio de cumplimiento
94,39%

Fuente: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1LHRTA7H79mkfagn5qBNrBXro9dQzBjOs/edit#gid=1805221728>

Sin embargo, como se puede evidenciar en la imagen N°2, se identifica que la medición a la ejecución de planes institucionales está enmarcada en PES¹, PEI², PAI³ y PAAC⁴, dejando a un lado la medición de la ejecución de los

¹ Plan Estratégico Sectorial

² Plan Estratégico Institucional

³ Plan de Acción Institucional

⁴ Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

	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

planes institucionales de las áreas funcionales de Tecnologías de la Información, Contrato y Convenios, Talento Humano y Gestión Documental. Desde la Oficina de Control Interno se recomienda revisar y mejorar los controles establecidos y el alcance de estos, para de esta manera tener claridad de si se realiza la medición a la ejecución del total de planes institucionales tal y como se describe en el riesgo o solo se miden aquellos a los cuales la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, le realiza seguimiento y que así se pueda asegurar que el proceso cumple con el objetivo planteado.

RC1: Posibilidad de Recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para modificar la formulación o seguimiento a los proyectos de inversión o planes institucionales.

Impacto: Reputacional

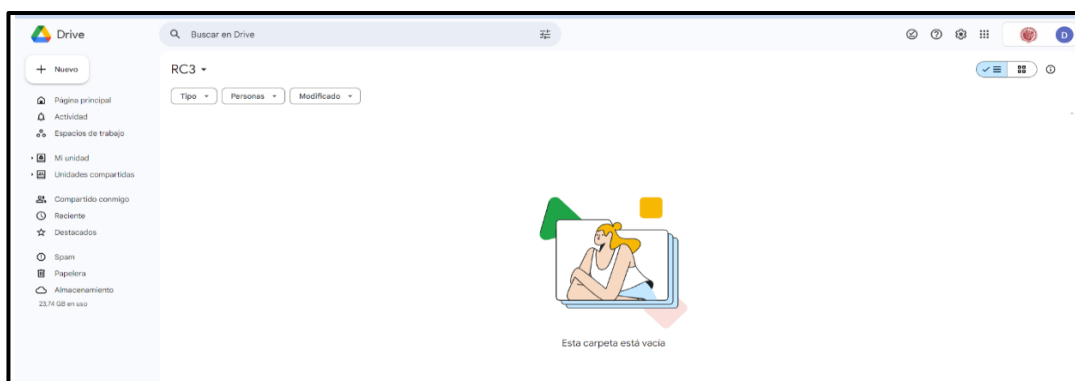
Clasificación del Riesgo: Fraude Interno

Actividad de Control:

1. El jefe de la Oficina Asesora de planeación y el Profesional asignado establecen los lineamientos necesarios para garantizar la construcción transparente de los proyectos de inversión (metodología y cronograma de proyectos de inversión) y los distintos planes de la entidad (procedimientos y formatos).
2. Los proyectos y el PEI se llevan a instancias de validación (comité directivo) que permiten un control dual en la asignación de planes y proyectos de inversión.

Resultado: Una vez revisada la unidad documental dispuesta para tal fin no se evidenció soporte de ejecución de controles, por lo tanto, no es posible evaluar la efectividad de estos, de acuerdo con lo expuesto anteriormente se establece incumplimiento.

IMAGEN N°3 Soporte documental que controla la posibilidad de fraude interno (Dádivas o Beneficios)



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1wcnJcxMqii3Z4J0Z9CwxPYGckGSLWiJM>

Es necesario que el jefe de oficina o delegado despliegue el tratamiento de desviación del control en cuanto a consolidar los soportes documentales que den cuenta de la ejecución de actividades de control las cuales permiten mitigar la materialización del Riesgo.

	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

1.3. ARTICULACIÓN Y COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

RG 03: Posibilidad de afectación reputacional y pérdida económica en las alianzas de cooperación gestionadas debido a la gestión inoportuna o inadecuada.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. El Subdirector Técnico en concordancia con los lineamientos dados a los supervisores de convenios y con la vigilancia del comité operativo realiza seguimiento al cumplimiento del objetivo y las obligaciones del convenio a través del indicador de gestión denominado "*avance de las alianzas de cooperación formalizadas*".
2. Los procedimientos documentados de ambos procesos (Articulación y Cooperación Interinstitucional y Gestión Contractual) describen las actividades de control necesarias para la correcta la suscripción, ejecución y seguimiento de los distintos convenios celebrados por la entidad.

Resultado: Una vez verificados los soportes documentales y, de acuerdo a la actividad de control, se identificó el procedimiento allí establecido, no obstante, no se evidencian las actas de los comités operativos de los convenios en los cuales se debe realizar seguimiento, control y vigilancia a la ejecución de estos, actividad sumamente importante tomando en consideración que es por medio de esta que se permite monitorear permanentemente una ejecución de actividades y de recursos, cuando haya lugar a estos, de forma eficiente, oportuna y adecuada de acuerdo con los compromisos, obligaciones y metas u objetos a cumplir.

IMAGEN N°4 Soporte documental procesos (Articulación y Cooperación Interinstitucional)

	PROCESO DE COOPERACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL	CÓDIGO:	CAI-PR-01
	PROCEDIMIENTO ALIANZAS ESTRATÉGICAS E INSTRUMENTOS DE COOPERACIÓN	VERSIÓN:	01
		PÁGINA:	1 de 10
Documento de Carácter ☒ Público ☐ Reservado ☐ Clasificado ☐			
1. OBJETIVO			
Establecer los lineamientos y parámetros para la gestión y suscripción de alianzas nacionales, internacionales, públicas y/o privadas, con el fin de promover y financiar los proyectos misionales del Instituto Colombiano de Antropología e Historia, a partir de los diferentes instrumentos de cooperación.			
2. ALCANCE			
El procedimiento inicia con la descripción de la necesidad por medio de la cual se requiere de la formalización de una alianza estratégica. Posteriormente se analiza e identifica el instrumento jurídico de cooperación más idóneo para el caso en particular. Paso seguido se suscribe y protocoliza el instrumento de cooperación. Por último, se hace el respectivo seguimiento de ejecución de la alianza estratégica, que va hasta la entrega del informe final.			

Fuente: <https://drive.google.com/file/d/1OelDewCkh5Acakzx2BYyGGsSEYVJb7BN/view>

Es necesario que los responsables de los controles, realicen de manera periódica los encuentros de los comités operativos de convenios y que de la misma manera presenten ante la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, los soportes documentales correspondientes a la ejecución de las actividades de mitigación de riesgos, para que así desde Control Interno, como tercera línea de defensa, se pueda evaluar de manera efectividad dichas actividades, las cuales buscan controlar la materialización de riesgos que tienen un impacto económico para la Entidad. Se establece incumplimiento.

	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

Así mismo, se debe tener claridad del cumplimiento de la ejecución de dichos convenios y de esta manera no activar el tratamiento de manejo por desviación e incumplimiento que conlleva realizar de manera inmediata el reporte del incumplimiento para abrir disciplinario al supervisor, aplicación de póliza de cumplimiento (cuando aplica) y aplicación de las cláusulas pertinentes a terminación del convenio.

RC2: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en la asignación o destinación de los recursos tanto económicos como en especie conseguidos en las alianzas de cooperación.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Institucional.

Actividades de Control:

1. El Comité de Contratación revisa el objetivo y obligaciones iniciales planteadas para el convenio o alianza, con el fin de dar mayor transparencia y garantizar idoneidad en la definición de este.
2. El Comité Operativo o mesa técnica realiza seguimiento al cumplimiento del objetivo y las obligaciones del convenio.
3. Desde la dirección general se realizan revisiones aleatorias al cumplimiento de los proyectos o alianzas de cooperación.

Resultado: Una vez se realiza la consulta en la matriz de riesgos aportada por la Oficina Asesora de Planeación, se identifica que el diligenciamiento por parte de las áreas responsables de los controles describe la ruta donde se podría encontrar los soportes documentales; no obstante, al cierre de la evaluación la Oficina de Control Interno, no puede realizar una evaluación en la que permita identificar efectividad en los controles. Se establece incumplimiento y es necesario que se priorice la ejecución de controles, la presentación de soportes documentales y se active de manera inmediata el tratamiento de riesgos establecido con el fin de evitar materialización de Riesgos.

IMAGEN N°5 Soporte documental procesos (Articulación y Cooperación Interinstitucional) Matriz de Riesgos.

Identificación del riesgo				Seguimiento Cuatrimestre II		
No. Riesgo	Proceso	Objetivo	Descripción del Riesgo	ansa	Segunda Línea de defensa	
				Fecha del seguimiento	Ruta evidencias	Descripción del Seguimiento
RC2	Articulación y Cooperación Interinstitucional	Fortalecer la capacidad técnica, administrativa y financiera, a través del desarrollo de iniciativas de articulación y cooperación con actores internacionales y nacionales de los sectores públicos o privados, que contribuyan al cumplimiento de los planes, programas y proyectos que adelante el Instituto.	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en la asignación o destinación de los recursos tanto económicos como en especie conseguidos en las alianzas de cooperación.	28/2/2024	divise direccióncomites contratación comites técnicosoperativos	Se observa el diligenciamiento correcto del seguimiento de la primera línea de defensa pero posterior a la fecha establecida
		Proteger el patrimonio arqueológico de la nación a través de acciones eficientes de				Se observa el correcto y

Fuente: Archivo compartido por el área funcional de Planeación

	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

Es necesario que desde el área de Contratos y Convenios se realice una presentación de las obligaciones específicas de las partes que intervienen en la suscripción de los convenios y que asimismo se establezca dentro de las condiciones de pago que debe existir una planeación inicial, en la cual se formule una elaboración de actividades detalladas, cronogramas de ejecución y una destinación presupuestal a los avances de acuerdo con los entregables. Se recomienda realizar una actualización a los controles establecidos.

1.4. MEJORAMIENTO CONTINUO

RG 04: Posibilidad de Pérdida reputacional por incumplimiento en los requisitos de los modelos de gestión adoptados, debido a la inadecuada definición o seguimiento al sistema de gestión de la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El Jefe de la Oficina Asesora de planeación y el Profesional asignado define los modelos basado en los lineamientos de Función Pública, establece y adapta las directrices internas necesarias para cumplir con los requisitos de los modelos y documenta en el sistema de gestión los lineamientos pertinentes divulgando y socializando a todos los involucrados.

Resultado: La Oficina de Control Interno, evidenció que el área responsable de los controles indicados para evitar la materialización de los riesgos, realiza las actividades de control establecidas. Se evidencia cumplimiento para el riesgo y las actividades evaluadas.

IMAGEN N°5 Soporte documental proceso Mejoramiento Continuo lineamientos internos sistema de gestión institucional.



	PROCESO DE MEJORA CONTINUA	CÓDIGO:	MC-GU-01
	GUÍA DE DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN	VERSIÓN:	01
		PÁGINA:	1 de 9

Documento de Carácter Público ☒ Reservado ☐ Clasificado ☐

1. OBJETIVO
Estandarizar la estructura y los lineamientos para documentar los procesos y demás documentos del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – ICAANH con el fin de tener un sistema estandarizado.

2. ALCANCE
Aplica a todos los documentos que se generen en la institución.

3. DEFINICIONES

- Caracterización:** Documento que permite identificar las condiciones y/o elementos que hacen parte del proceso de forma general, tales como: objetivo, alcance, proveedores, entradas, salidas, clientes/usuarios, así como la definición de indicadores (evaluar el cumplimiento de los objetivos) y la identificación de los riesgos a los que se expone el proceso.
- Documento de apoyo:** Tipo de documento establecido para todos aquellos documentos que sean necesarios para el área o proceso que no cumplen con las características de los tipos de documentos establecidos.

Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1jo3sp0Oo1udJ4zp7G21cni724nSTpQhx>
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1k_0UifLTaEqa4LYkMkWXooFqplfZ9YKg/edit#gid=687182108

RG 05: Posibilidad de pérdida reputacional o de credibilidad en la gestión de la entidad por ineficiencias del modelo de gestión adoptado, debido a un inadecuado diseño o implementación de los lineamientos del mismo.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

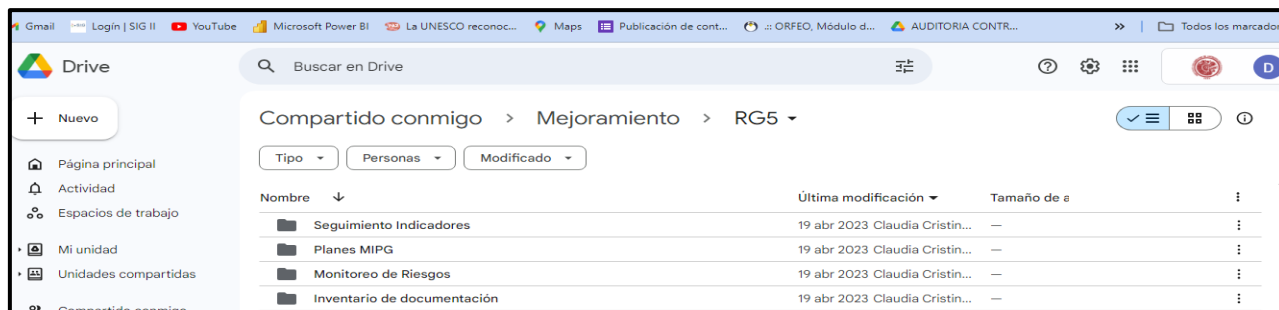
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

Actividad de Control: El Jefe de la Oficina Asesora de planeación y el Profesional asignado establece las directrices necesarias para cumplir con los requisitos de los modelos de gestión implementados para lo cual socializa, implementa y realiza seguimiento a cada uno.

Resultado: Respecto a los soportes documentales compartidos por la Oficina Asesora de Planeación, en cada una de las carpetas se evidenció que se encuentran cargados los lineamientos, procedimientos o guías formalizadas para la gestión de indicadores, MIPG, Monitoreo de riesgo e inventario de documentación, en esta última carpeta se evidenció gestión solo del primer trimestre de la vigencia 2023.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, es necesario que en las rutas documentales se deje evidencia de las actividades de socialización, divulgación y seguimiento a dichas herramientas, cuya finalidad es mitigar la materialización del riesgo; para que Control Interno pueda establecer una evaluación a la efectividad de los controles debe tener certeza de la ejecución de acciones como seguimiento y monitoreo por parte de la segunda línea de defensa, no basta solo con definir y presentar los soportes de lineamientos definidos institucionalmente. Se establece incumplimiento

IMAGEN N°6 Soporte documental proceso Mejoramiento Continuo – Seguimiento a lineamientos internos en el marco del sistema de gestión.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1jkSIPUagrW2jdc7l4koPA6LAsHKEdOa>

Durante la vigencia 2024, se debe fortalecer la herramienta de control relacionada con los Riesgos de la Entidad, en el sentido en el que debe haber mayor divulgación, socialización y mesas de trabajo en las cuales se les pueda precisar a los responsables de los controles la forma adecuada de ejecutar sus controles y la forma de documentar y almacenar los soportes documentales en los enlaces designados para tal finalidad. La apropiación de dichas herramientas por los responsables de cada uno de los controles permite que se ejerza autocontrol en la ejecución de acciones.

1.5. PARTICIPACIÓN, DIÁLOGO SOCIAL Y RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO

RG 6: Pérdida reputacional o de credibilidad debido a insatisfacción reiterativa* de los grupos de valor e interés debido a la extemporaneidad, imprecisión o baja calidad en la respuesta a la atención al ciudadano. *Indicador de satisfacción de atención al ciudadano.

Impacto: Reputacional

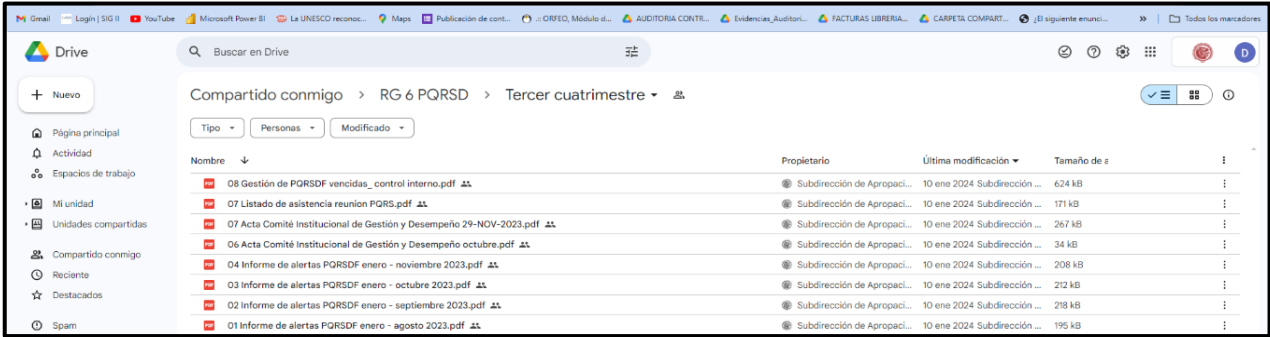
Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

	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

Actividad de Control: El profesional especializado responsable del relacionamiento con el ciudadano debe realizar el seguimiento actualizado del reporte trimestral de las solicitudes realizadas por los ciudadanos, de acuerdo al protocolo de respuestas a peticiones ciudadanas, para que las áreas realicen las acciones preventivas o correctivas en la calidad de las respuestas o en los tiempos.

Resultado: La Oficina de Control Interno, a través de la revisión de la unidad documental dispuesta para tal fin, evidenció que se ejecutan los controles tal y como se encuentran establecidos, lo que permite establecer efectividad de estos para mitigar la materialización de los riesgos de la Entidad. Se establece cumplimiento.

IMAGEN N°7 Soporte documental proceso Participación, Diálogo Social y Relacionamiento con el Ciudadano– Seguimiento a solicitudes realizadas por la ciudadanía.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1vQuYs94ciyQ3HwAqw7qHijQ8UEpSwmyV>

RG7: Pérdida reputacional o de credibilidad por la ineficiencia en los canales o mecanismos de participación y diálogo social establecidos, debido a un inadecuado diseño o implementación de los mismos.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El Subdirector de Apropiación Social y Relacionamiento con el Ciudadano y su equipo de trabajo deben diseñar mecanismos de participación y diálogo social (documentos, canales y espacios de participación) apropiados para los diferentes grupos de valor e interés y deben realizar un seguimiento permanente a la adecuada implementación de éstos por parte de las áreas misionales de la entidad.

Resultado: Respecto a los soportes documentales compartidos por el área responsable, la Oficina de Control Interno, evidenció que, para la vigencia 2023, se encuentran formalizadas las herramientas de control “Procedimiento seguimiento estrategia de participación ciudadana” y “Política Participación Ciudadana”, pese a encontrarse las herramientas formalizadas en la unidad documental estas no responden a la ejecución de las actividades de control descritas en la matriz de riegos, por lo cual no es posible por parte de Control Interno, establecer efectividad en los mismos.

	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

IMAGEN N°8 Soporte documental proceso Participación, Diálogo Social y Relacionamiento con el Ciudadano– Estrategias y mecanismos de participación y dialogo social)



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/19X9oLfL3Zwm58m0T-WMNAxVULU3bkHY>

Es necesario que se compartan las evidencias correspondientes a la ejecución de controles, para de esta manera poder determinar el respectivo cumplimiento; así mismo, es necesario que, en caso de que se requiera, se ajusten los controles a las actividades realmente ejecutadas, para así evitar la materialización de riesgos. Se establece incumplimiento.

1.6. GESTIÓN DEL PATRIMONIO ARQUEOLÓGICO

RG 8: Posibilidad de afectación reputacional o económica por demandas en asuntos relacionados con el patrimonio arqueológico de la nación debido a la gestión inoportuna o inadecuada en las solicitudes recibidas.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

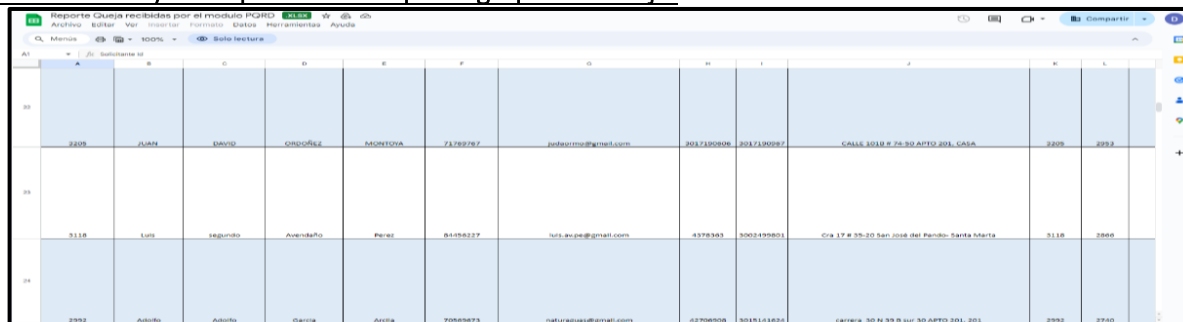
Actividad de Control:

1. El subdirector de patrimonio junto con el coordinador del grupo de arqueología y los líderes de grupo realizan el control de las evaluaciones y de los conceptos emitidos por los profesionales del grupo, de conformidad con los lineamientos establecidos por la entidad y a través de los indicadores de gestión.
2. Documentación de los procedimientos que tienen que ver con el trámite de solicitudes donde se establecen los requisitos de calidad y oportunidad respectivos.

Resultado: Una vez es consultada la unidad documental y los soportes cargados por el área responsable, se evidencia a través de una matriz que compartieron el seguimiento realizado por parte del grupo de patrimonio al reporte de quejas recibidas por el módulo PQRSD; de acuerdo al control establecido en la matriz de riesgos se observa que dicho soporte documental no tiene relación directa con las actividades establecidas, por lo cual no es posible que control interno evalué de manera efectiva dicha ejecución y existe probabilidad de materialización de riesgos.

	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

IMAGEN N°9 Soporte documental proceso Gestión del Patrimonio Arqueológico – seguimiento y control de evaluaciones y conceptos emitidos por el grupo de trabajo.



ID	Nombre	Cargo	Correo	Detalles
3118	Juan	Director	juan@pgrm.gov.co	...
3118	Luis	Segundo	luis@pgrm.gov.co	...
3118	...	...	...	...

Fuente:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1k6EblOdyctufa0ISNXNvPSn84tqBX9e/edit#gid=603354136>

Control Interno, establece incumplimiento a la ejecución de controles de Riesgos. Es necesario que se establezcan las acciones correspondientes para subsanar el incumplimiento evidenciado.

RC3: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en el resultado de un trámite o solicitud en asuntos relacionados con patrimonio arqueológico de la nación.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

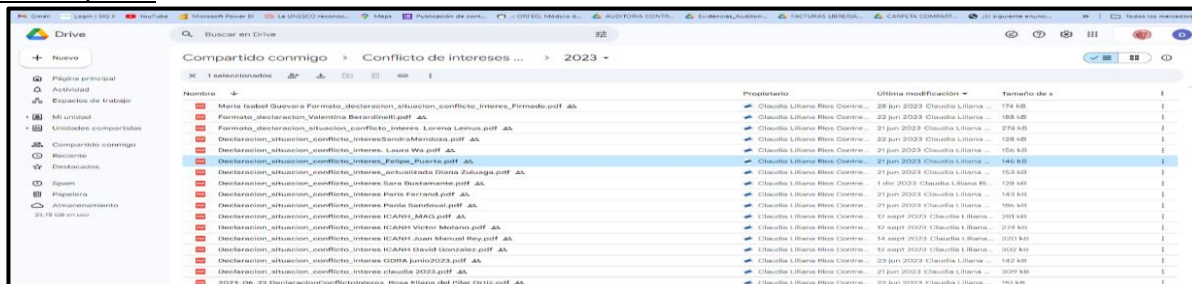
Actividades de Control

1. El Subdirector de Patrimonio junto con el coordinador del grupo de arqueología y los líderes de grupo realizan el control de las evaluaciones y de los conceptos emitidos por los profesionales del grupo, de conformidad con los lineamientos establecidos por la entidad.
2. En el marco de las obligaciones para los contratistas se tiene esa cláusula específica de confidencialidad de la información.
3. Diligenciamiento del formato de conflicto de intereses por parte de funcionarios y contratistas del área, analizado por el comité respectivo.

Resultado: Una vez se realiza la consulta a la unidad documental, Control Interno, evidenció que desde el grupo de patrimonio se cuenta con las respectivas declaraciones de situación de posibles conflictos de interés del grupo de patrimonio, en aquellos casos en los que se puede incurrir en incumplimientos normativos. Se establece cumplimiento

	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

IMAGEN N°10 Soporte documental proceso Gestión del Patrimonio Arqueológico – actividades de control riesgos de corrupción.



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1xTxc8m_VmDvjbdRvuXbTWi9_BoUKCW

1.7. PROCESO INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN

RG 9: Posibilidad de afectación económica y reputacional por demandas debido a la inadecuada gestión en el proceso de publicación en los temas de arqueología, antropología, patrimonio e historia.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El Subdirector de Investigación y Producción Científica con el apoyo del comité editorial establece mecanismos acordes con la política editorial del instituto, procedimientos y demás documentos aplicables, así como las políticas del Ministerio de Ciencia y Tecnología para la revisión de la oportunidad y calidad de las publicaciones generadas por el ICANH.

Establecimiento del Comité editorial.

Resultado: Una vez es consultada la unidad documental, Control Interno no pudo acceder a dicha unidad, por lo que se hizo necesario enviar solicitud de acceso a la información. Al cierre del informe no se tuvo acceso a los soportes documentales, por lo cual no se pudo evidenciar la efectividad de los controles. Se establece incumplimiento.

IMAGEN N°11 Soporte documental proceso Investigación y Publicación controles a mecanismos de calidad y oportunidad documental.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1e04OjAbE6jZvasg1xQDRov5f4fKZhdC>

	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

RC 4: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en el resultado de las investigaciones Y CONCEPTOS que realiza la entidad en asuntos relacionados con arqueología, antropología e historia.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control:

1. El Subdirector de Investigación y Producción Científica define los criterios claros para la revisión y aprobación de las investigaciones y conceptos técnicos generados por el ICAANH.
2. Se realizaron evaluaciones de los proyectos de investigación presentados a la Subdirección de Investigación y Producción Científica.

Resultado: Una vez es consultada la unidad documental, Control Interno, no pudo acceder a dicha unidad, por lo que se hizo necesario enviar solicitud de acceso a la información. Al cierre del informe no se tuvo acceso a los soportes documentales, por lo cual no se pudo evidenciar la efectividad de los controles. Se establece incumplimiento.

IMAGEN N°12 Soporte documental proceso Investigación y Publicación controles a emisión de investigaciones y conceptos técnicos.



Fuente:

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1tckcwy3ivem5BSrhZ3vOYEb7Esl1jnX>

1.8. PROCESO DE COMUNICACIONES

RG 10: Posibilidad de Pérdida reputacional o de credibilidad por insatisfacción de los grupos de valor e interés debido a la publicación de información no veraz o desactualizada en los medios de comunicación utilizados.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

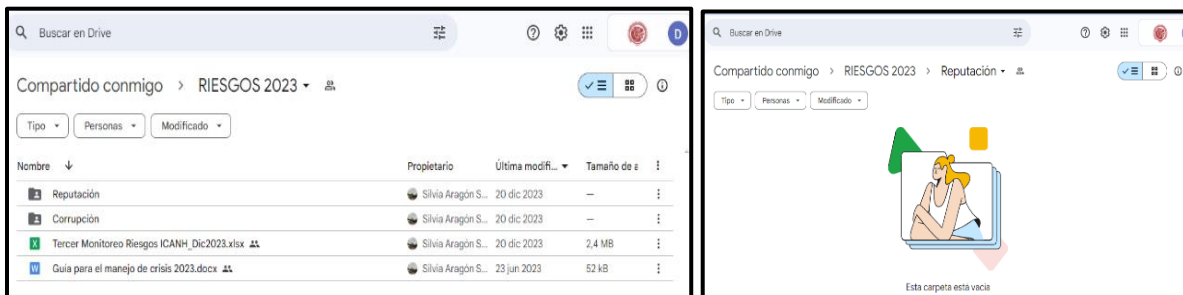
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

Actividad de Control:

1. El equipo de comunicaciones tiene documentado el procedimiento para publicación de contenidos WEB con revisiones de ambas partes y aprobación del jefe de área.
2. Para ciertos comunicados de carácter externo, la aprobación debe ir con el visto bueno de la dirección.
3. Construcción de lineamientos y otros documentos que permitan detallar la calidad y oportunidad en la generación y publicación de contenidos.

Resultado: Una vez es consultada la unidad documental, Control Interno evidenció que se encuentran creadas las carpetas de los riesgos de gestión y los de corrupción, no obstante, una vez se realiza la revisión de la carpeta de gestión, dentro de ella no existen soportes documentales que den cuenta de que las actividades de control se estén ejecutando, por lo cual Control Interno no puede identificar la efectividad de los controles establecidos. Se establece incumplimiento

IMAGEN N°13 Soporte documental proceso Comunicaciones revisión y aprobación de comunicaciones internas y externas.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1WFSQ1-njyQg856-1cdm12Via12F1Vp2S>

Es necesario que para el control “*Para ciertos comunicados de carácter externo, la aprobación debe ir con el visto bueno de la dirección*” se establezcan lineamientos claros en los cuales se pueda identificar cuales o qué características deben tener los documentos externos que deben pasar por aprobación de la Dirección General del ICANH.

RC 5: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para entregar información que se considera privada o clasificada.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Institucional.

Actividad de Control:

1. Los contratistas del equipo de comunicaciones deben tener la cláusula de confidencialidad respectiva.

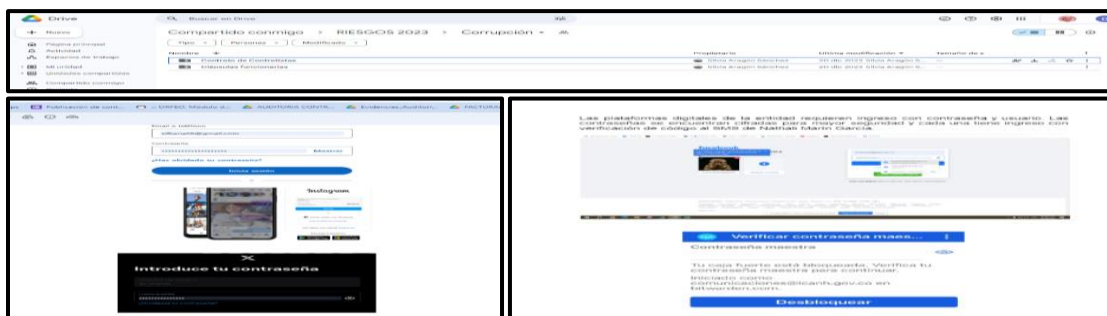
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

- El funcionario asignado a redes del equipo de comunicaciones tiene acceso bajo contraseñas que se deben cambiar en la periodicidad establecida por las políticas de seguridad de la información.
- El coordinador de área, la dirección y la subdirección, cuando es el caso, deben validar la información a compartir.

Resultado: A partir de la revisión realizada a la unidad documental, donde reposan los soportes documentales se evidenció que el grupo de comunicaciones tiene establecidas las cláusulas contractuales de confidencialidad, así como formato de confidencialidad del funcionario del equipo, no obstante, dicho formato no se encuentra firmado por todas las partes, es necesario que los formatos queden debidamente diligenciados.

Respecto a los controles asignados para el uso de aplicaciones de redes sociales, se evidencio que las actividades se están realizando de manera efectiva; sin embargo, desde la Oficina de Control Interno, nos permitimos recomendar que las contraseñas queden mapeadas bajo un documento formal y cuya responsabilidad quede en un funcionario de la Entidad y no en contratistas con dicho control.

IMAGEN N°14 Soporte documental proceso Comunicaciones seguimiento a comunicaciones internas y externas, así como control de claves de acceso a aplicaciones de redes sociales institucionales.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1Sn-YUEYrWojrb1U2SKbxS7NZEIzF1wbX>

1.9. PROCESO DE DISCIPLINARIO

RG 11: Posibilidad de afectación reputacional por demandas debido a la gestión inoportuna o inadecuada en las investigaciones disciplinarias que recibe la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario Interno controla mediante la utilización de una hoja de cálculo las distintas etapas del proceso en donde se advierten las fechas de la probable prescripción o caducidad.

Resultado: La Oficina de Control Interno, realizo la consulta a la unidad documental dispuesta para el cargue de soportes documentales y evidencio que, el responsable del proceso, ejecuto las actividades de control y dio

	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

cumplimiento al seguimiento planteado por la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa de la Entidad. Se establece cumplimiento.

IMAGEN N°15 Soporte documental proceso disciplinario actividades de control procesos disciplinarios ICANH.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1ZvYdx4EljzphaCSEdBU3TXuQnrqZ0ldf>

RC 6: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en el resultado de una investigación disciplinario.

Impacto: Reputacional

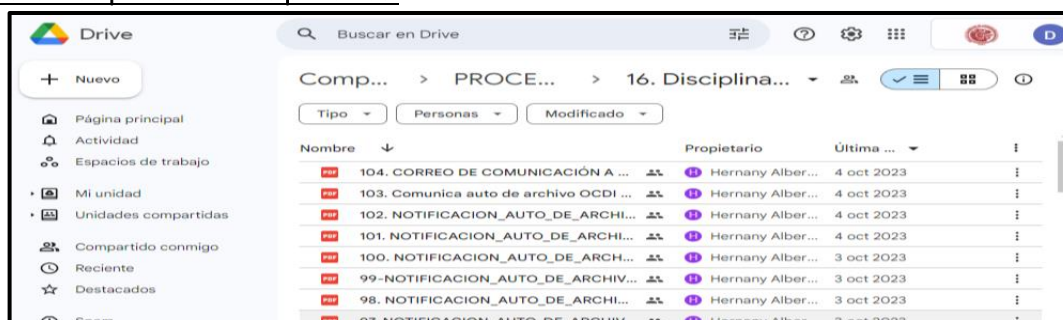
Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control: El proceso documenta sus controles en el procedimiento y formatos aplicables en el cual se diferencian las diferentes etapas y en las cuales intervienen otras instancias que permiten la transparencia de este (Oficina Asesora Jurídica, Dirección).

Resultado: Una vez revisada la unidad documental por parte de la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso disciplinario del ICANH, tiene el consecutivo y el detalle de los procesos disciplinarios, almacenados en la unidad del Drive y con la identificación de cada una las etapas de los diferentes procesos adelantados para la vigencia 2023.

No obstante, cabe precisar que no se identificaron formatos institucionales codificados e incluidos en el sistema de gestión institucional.

IMAGEN N°16 Soporte documental proceso disciplinario documentación e identificación de etapas de los diferentes procesos disciplinarios.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1ZvYdx4EljzphaCSEdBU3TXuQnrqZ0ldf>

	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

1.10. PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL

RG 12: Posibilidad de Pérdida reputacional por hallazgos de los organismos de control o notificación de entidades externas debido a la presentación inoportuna de los informes de ley.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. El Jefe de la Oficina de Control Interno debe definir, de acuerdo al marco normativo, los informes de ley para cada una de las vigencias.
2. El Jefe de la Oficina de Control Interno debe establecer el cronograma de presentación de los informes de ley.
3. El Jefe de la Oficina de Control Interno debe realizar reuniones mensuales de equipo donde se verifica el avance de todas las actividades asignadas dentro de las cuales se encuentre el tema de informes

Resultado: Respecto a las actividades de control establecidas para esta Oficina y, de acuerdo con nuestra competencia, no podríamos evaluar nuestra efectividad, debido al principio de imparcialidad, sin embargo, nos permitimos informar que las respectivas evidencias se compartieron a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, para que desde allí se pudiera realizar el respectivo seguimiento, por lo cual se comparte también pantallazo de las evidencias enviadas.

IMAGEN N°17 Soporte documental proceso evaluación y control Oficina de Control Interno.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/110a8a8s-364h-utKJQuSsuv-GLDsMGZT>

RG 13: Posibilidad de Pérdida credibilidad y confianza en el proceso de evaluación y control debido a la insatisfacción de los auditados por falta de rigor, experticia o conocimiento en los asuntos evaluados.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

	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

Actividad de Control:

1. El Jefe de la Oficina de Control Interno debe establecer las actividades de divulgación y capacitación del marco normativo vigente y sus actualizaciones, aplicable al proceso de evaluación y control.
2. Se tiene documentado el procedimiento de auditoria, seguimiento o evaluación que define los criterios bajo los cuales se debe ejecutar las auditorias, evaluaciones y seguimientos.
3. La experiencia del equipo auditor se valida mediante los estudios previos para el caso de contratistas y el manual de funciones para los funcionarios de planta.
4. En cuanto al Jefe de Control Interno éste debe cumplir los requerimientos de experiencia y educación establecidos por la Presidencia de la República.

Resultado: La Oficina de Control Interno se permite informar que presento las respectivas evidencias de los controles establecidos en la Matriz de Riesgos ante la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa.

IMAGEN N°18 Soporte documental proceso evaluación y control – Adecuada selección de equipo de trabajo y actualizaciones normativas.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/110a8a8s-364h-utKJQuSsuv-GLDsMGZT>

RC 7: Posibilidad de Recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros para emitir resultados de las evaluaciones diferentes a la realidad, perdiendo objetividad, independencia y transparencia en las funciones de la Oficina de Control Interno

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno

Actividad de Control:

1. El equipo de auditoría debe realizar revisión cruzada de los informes previos a la emisión, y de manera aleatoria, a los soportes documentales que dan cuenta del concepto emitido por el auditor.

	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. El Comité de Control Interno tiene dentro de sus funciones analizar y resolver diferencias frente a los informes cada vez que éstas se presenten.

Resultado: Respecto a las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno se permite informar que el equipo de trabajo realiza la revisión cruzada de información, no obstante respecto a la implementación de un canal para que lleguen inconformidades ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno este no fue implementado en la vigencia 2023. Es importante mencionar que la máxima instancia en temas de control interno no sesiono de manera ordinaria como se establece en el acto administrativo interno, teniendo en cuenta que se encontraba en vacancia definitiva el jefe de Oficina, quien opera como secretaria técnica de dicho Comité.

Es necesario fortalecer o implementar el canal, en donde el auditado pueda presentar su inconformidad respecto al resultado final de las evaluaciones o auditorías adelantadas por la Oficina de Control Interno y de esta manera el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, pueda resolver las diferencias que se presenten.

1.11. PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

RG 14: Pérdida económica por demandas y reclamaciones administrativas debido a una inadecuada e inoportuna gestión contractual.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El coordinador del área funcional de contratos y convenios define criterios claros de oportunidad, calidad, seguimiento y control (procedimientos, formatos, indicadores) en la gestión contractual de la entidad y en coherencia con lo exigido por la ley.

RC 08: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar el favorecimiento en la adjudicación de un contrato o proponente.

Impacto: Económico

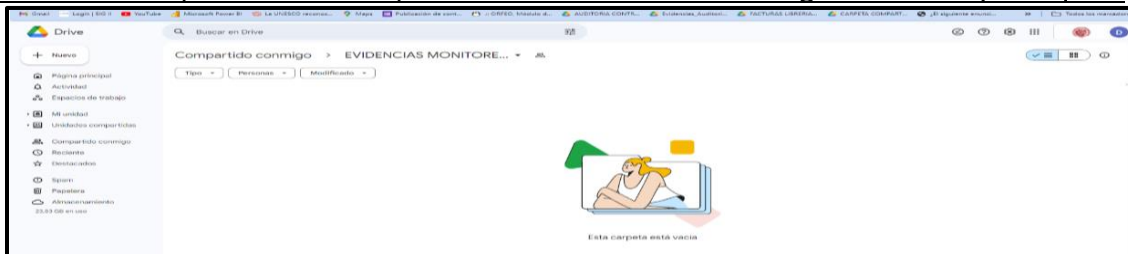
Clasificación del Riesgo: Fraude Interno

Actividad de Control: El coordinador del área funcional de contratos y convenios define criterios claros de participación de los oferentes y criterios de control dentro de los procedimientos, formatos, indicadores, etc., adicionalmente el proceso se rige por lo establecido en las guías de Colombia compra y en coherencia con lo exigido por la ley.

Resultado: Una vez consultada la unidad documental, la Oficina de Control Interno evidenció que el área responsable del reporte de actividades de control de riesgos de gestión y corrupción no cargo soportes documentales que den cuenta de la debida y oportuna gestión de las actividades que permiten mitigar la materialización de riesgos. Por lo anterior se establece incumplimiento.

	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

IMAGEN N°19 Soporte documental proceso Gestión Contractual – Riesgos de Gestión y Corrupción



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1IIB5Ao0eDbG_6LPqX9CoEvSt8WWoMXZN

1.12. PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

RG 15: Pérdida reputacional por la indisponibilidad en la prestación de los servicios administrados por TI con la capacidad comprometida, debido a fallas técnicas o inadecuada administración de servicios tecnológicos.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fallas Tecnológicas.

Actividad de Control.:

1. El profesional especializado de TI tiene indicadores permanentes para monitorear la disponibilidad de las plataformas.
2. Acuerdos de niveles de servicio con los principales servicios críticos.

RG 16: Pérdida reputacional, multas o sanciones por fuga de información de las bases de datos administradas por TI debido a un inadecuado control en los sistemas de información de la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fallas Tecnológicas.

Actividad de Control:

1. El oficial de seguridad de la información y el personal del equipo de TI asignado definen en los diferentes niveles documentales (manuales, guías, procedimientos, políticas), lo pertinente a los mecanismos de control requeridos para los sistemas de información de la entidad.
2. Existe el monitoreo del nivel de privilegios de los usuarios por área en las unidades compartidas con el fin de evitar la fuga de la información.

RC 09: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por modificar, filtrar o extraer información reservada contenida en los diferentes sistemas de la Entidad.

	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

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno

Actividad de Control:

1. El coordinador del área funcional de TI para contratistas garantiza que dentro de las cláusulas está contenida la del manejo de información confidencial.
2. Documento definido de roles y responsabilidades para todos los equipos de TI que especifica la herramienta a la cual se tiene y acceso, usuario y contraseña específico.

Resultado: Luego de la revisión de escritorio de soportes documentales la Oficina de Control Interno, esta no tuvo acceso a las evidencias reportadas por los responsables de operar las actividades de control que buscan mitigar la materialización de riesgos RG15, RG16 y RC 9 al interior del ICANH. Al no tener acceso no se puede realizar una evaluación pertinente que permita verificar un correcto y adecuado uso de controles, es necesario fortalecer al interior de las áreas la documentación y presentación de los respectivos soportes documentales. Se establece incumplimiento

IMAGEN N°20 Soporte documental Riesgos de Gestión 15 y 16 así como Riesgo de Corrupción a cargo del proceso Gestión de Tecnologías de la Información.



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1IIB5Ao0eDbG_6LPqX9CoEvSt8WWoMXZN

1.13. PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA

RG 17: Pérdida reputacional o de credibilidad por quejas, demandas o sanciones debido a la no preservación de la memoria institucional por el inadecuado manejo del sistema de gestión documental.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: El equipo de gestión documental y correspondencia establece los lineamientos para el manejo del sistema de gestión documental (procedimientos, guías, manuales, formatos).

Resultado: La Oficina de Control Interno, evidenció que se dio cumplimiento a las actividades de control propuestas dentro de la matriz de estos. Los responsables de las actividades de mitigación del riesgo realizaron seguimientos al etiquetado de la información y comunicaron oficialmente los resultados de entradas,

	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

memorandos internos, salidas, entre otros; así mismo se evidenció que existe procedimiento formalizados para el etiquetado de la información de la Entidad. Se establece cumplimiento.

RC 10: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para entregar información que se considera privada o clasificada.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

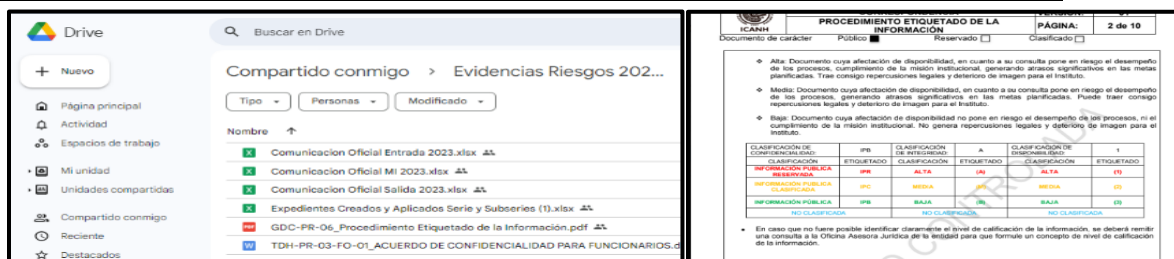
Actividades de Control

1. La Secretaría General con el apoyo de las áreas funcionales de gestión documental y correspondencia establece los lineamientos del correcto manejo de la documentación con carácter reservado.
2. Cláusula para contratistas de confidencialidad de la información.

Resultado: A través de los soportes documentales compartidos por los responsables, la Oficina de Control Interno evidenció que el área responsable compartió soportes de confidencialidad que firman los funcionarios de la Entidad, así como el respectivo procedimiento de etiquetado de información.

Se pudo observar que la actividad de control aplica tanto para el riesgo de gestión como el riesgo de corrupción a cargo del proceso de Gestión Documental y Correspondencia, lo cual genera duplicidad de información y de acuerdo con el riesgo de corrupción establecido, las actividades que buscan mitigar la materialización del mismo no controlan el riesgo identificado. Es necesario que se replanteen dichos controles. Se establece cumplimiento parcial

IMAGEN N°21 Soporte documental que dan cumplimiento a Riesgo de Gestión y Corrupción.



Fuente: https://drive.google.com/drive/folders/1JgWN6d9ZDOakiS1m1yPzl8OtQ2JL_mwv

1.14. PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

RG 18: Pérdida reputacional por hallazgos de los entes de control por el no fenecimiento de la cuenta.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

	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

Actividad de Control:

1. Informe mensual de la ejecución presupuestal presentado a la Secretaría General.
2. Revisión mensual de estados financieros con la Secretaría General.
3. Información financiera presentada trimestralmente ante la Contaduría General de la Nación.
4. El Director General verifica la veracidad de la información a remitir al ente de control respectivo.

Resultado: La Oficina de Control Interno evidenció la correcta y oportuna ejecución de actividades de control, respecto a reuniones periódicas para la revisión de Estados Financieros, reporte ante Chip Nación, revisión de obligaciones y consolidado de estas; no obstante, no se cuenta con soporte documental de la revisión que se realiza por parte del Dirección General para remitir ante el Ente de Control. Se establece cumplimiento parcial a la ejecución de controles que buscan mitigar la materialización de riesgos.

RG 19: Pérdida reputacional por la inadecuada aplicación e interpretación de la normatividad debido al desconocimiento del marco normativo contable para entidades del estado.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. El profesional especializado (Contador) del área debe verificar el correcto registro de las operaciones contables que afectan los estados financieros de la entidad de conformidad con la información suministrada por las distintas áreas de la entidad.
2. Información financiera presentada trimestralmente ante la Contaduría General de la Nación.
3. Revisión mensual de los estados financieros por la Secretaría General.
4. Documentación con los controles pertinentes y los niveles de revisión y aprobación en el Proceso Contable.

Resultado: La Oficina de Control Interno, evidencio que los documentos aportados corresponden a los controles del Riesgo de Gestión N° 19, es necesario tener claridad del soporte documental que da respuesta a cada uno de los controles establecidos y evitar duplicidad de información, o en su defecto evaluar la posibilidad de verificar los controles y los riesgos y simplificarlos a uno. No se tiene claridad de las evidencias compartidas y de una correcta y adecuada ejecución de actividades. Se establece cumplimiento parcial de acuerdo con los soportes documentales compartidos.

RG 20: Pérdida reputacional o de credibilidad por incumplimiento en el pago de obligaciones debido a la inadecuada o inoportuna gestión del proceso.

	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

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos

Actividad de Control:

1. El Coordinador Financiero establece y recomienda a las áreas de presupuesto, contabilidad, central de cuentas y tesorería la aplicación de seguimientos de cada obligación mediante la implementación de la hoja de ruta respectiva.
2. Consulta en SIIF de los reportes (listado de compromisos, obligaciones, órdenes de pago, reservas, etc.) con el fin de realizar el seguimiento oportuno.

Resultado: Luego de realizar la revisión de escritorio de soportes documentales compartidos por el área, Control Interno no evidenció soporte documental respecto a las actividades que realiza el coordinador financiero, solo se identificaron boletines mensuales en los cuales se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal respecto a compromisos y obligaciones frente a recursos de funcionamiento e inversión.

Es necesario que se evalúen los soportes documentales que debe compartir el responsable y las actividades que se deben ejecutar para mitigar la materialización del Riesgo identificado.

RG 21: Pérdida económica por el incumplimiento en requisitos legales vigentes debido al manejo inadecuado e inoportuno de los recursos financieros asignados a la entidad.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. La Secretaria General revisa y verifica el manejo de recursos de la entidad en el comité de contratación del cual se dejan actas con las recomendaciones pertinentes.
2. El grupo Financiero define documentación que permite informar y dar línea a las áreas de la entidad sobre el adecuado y oportuno manejo de los recursos financieros tales como: Procedimientos, formatos como el de pago, CDP, circulares informativas (PAC, cierre del año y cierres contables), cronograma para presentación de nómina.

Resultado: Luego de realizar la revisión de escritorio de soportes documentales compartidos por el área, Control Interno evidencio que, en general, los soportes documentales se repiten para los riesgos 18,19,20 y 21, es necesario tener claridad de que documento soporta cada uno de los controles, toda vez que cada control es diferente.

RC 11: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para omitir o modificar información financiera de la entidad.

	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

Impacto: Reputacional

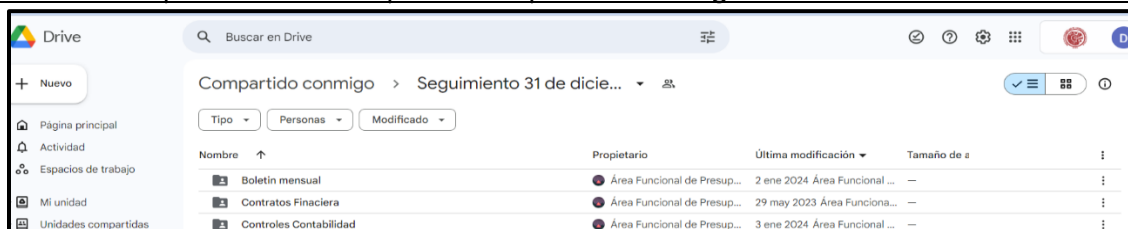
Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control:

1. Aplicativo SIIF tiene los perfiles asignados que permiten identificar la trazabilidad de la actividad.
2. Cláusula de confidencialidad de información para los contratistas del área.
3. Documentación con los controles pertinentes y los niveles de revisión y aprobación en el Proceso Financiero.

Resultado: Luego de realizar la revisión de escritorio de soportes documentales compartidos por el área, Control Interno evidenció que, en general, los soportes documentales se repiten para los riesgos 18,19,20 y 21, inclusive para el Riesgos de Corrupción RC 11, cuyo impacto y tipificación es diferente. Es sumamente importante que se revisen los controles establecidos y las evidencias que soporten la realización de actividades que mitigan los riesgos institucionales, no existe coherencia entre el control establecido y la evidencia reportada.

IMAGEN N°22 Soporte documental que dan cumplimiento a Riesgo de Gestión Proceso de Gestión Financiera.



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1YKU9EFLPiYSfQluA6vugmGKNXvYbjlaA>

1.15. PROCESO GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO.

RG 22: Pérdida económica por sanciones de entes de control o demandas debido al incumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Impacto: Económico

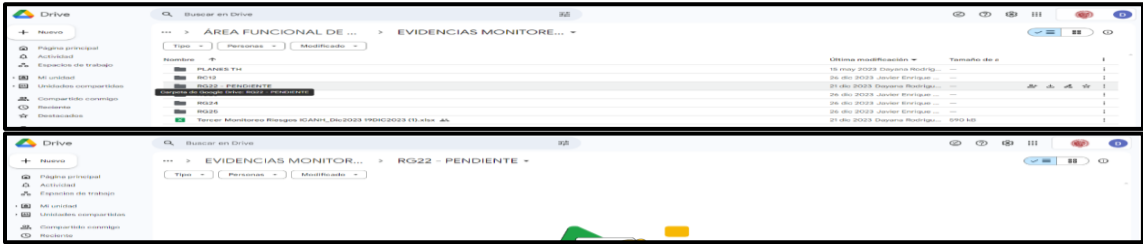
Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: La Secretaría General y el profesional especializado responsable del tema de SST verifica los resultados obtenidos en la autoevaluación de los estándares mínimos de acuerdo a lo establecido a la resolución 0312 de 2019 y realiza seguimiento (plan de trabajo) y mejora permanente a las actividades que así lo requieran.

	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

Resultado: Una vez realizada la verificación de evidencias, se identificó que el área no reporto los respectivos soportes documentales que dan cuenta del cumplimiento de las actividades de mitigación de riesgo, por lo cual no se pudo evaluar la correcta aplicación de controles. Se establece incumplimiento.

IMAGEN N°23 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión de Talento y Desarrollo Humano.



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/10QsHSvoEXVetB5_zvLvT3Q08QWJHcw47

RG 23: Pérdida económica por sanciones o demandas de usuarios o ente regulador debido a inconsistencias en liquidación de parafiscales por una inadecuada gestión del proceso.

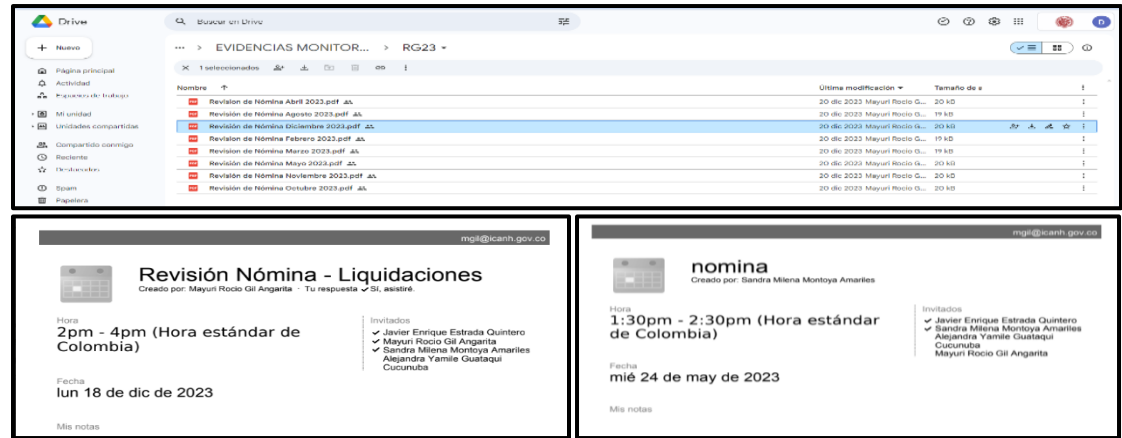
Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control: Aplicativo para la liquidación de nómina (parafiscales): El profesional especializado responsable del área de talento humano revisa la liquidación de nómina (parafiscales) de forma mensual verificando la coherencia en los valores liquidados.

Resultado: La Oficina de Control Interno realiza la revisión de evidencias e identifica que el área responsable da cumplimiento a las actividades de control, se recomienda que producto de las reuniones de revisión de la liquidación de nómina se pueda dejar un acta formal de reunión donde se pueda tener trazabilidad de las observaciones y compromisos que surgen durante el proceso de verificación. Se establece cumplimiento.

IMAGEN N°24 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (Liquidación de nómina)



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Wqdw87WAbWeu28Yv0M_4QhIPfswbbydpd

	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

RG 24: Pérdida reputacional o de credibilidad en la gestión del talento humano por ineficiencias de los planes implementados debido a la desarticulación entre la identificación de necesidades y diseño de los planes.

Impacto: Reputacional

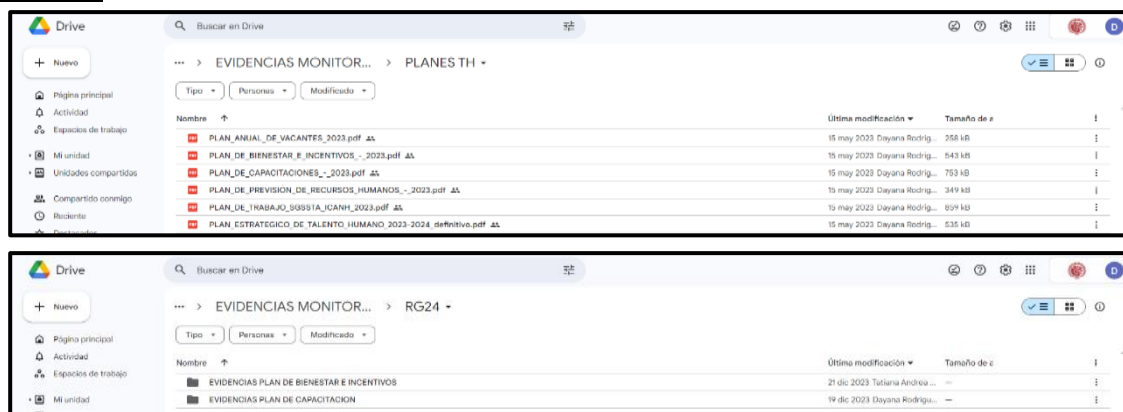
Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. El profesional especializado diseña los diferentes planes basados en las necesidades de las diferentes áreas del ICAANH y acorde a las líneas temáticas establecidas por el DAFP.
2. El profesional especializado responsable del área de talento humano realiza seguimiento mensual permanente al cumplimiento de las actividades establecidas en los distintos planes que se manejan en el área.

Resultado: La Oficina de Control Interno evidencio que existe el diseño de un total de seis (6) planes institucionales a cargo del área; no obstante, el seguimiento mensual al cumplimiento de estos se realiza de manera parcial, por lo cual se identifica oportunidad de mejora respecto a la ejecución de controles que permitan mitigar la materialización de riesgos al interior del área. Se establece cumplimiento parcial.

IMAGEN N°25 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (PITH⁵ y seguimiento)



Fuente: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Tdm66GiPBnnHYqQjLQINBIVk805eHz3p>

RG 25: Pérdida económica y reputacional por fuga de capital humano del Instituto debido a una inadecuada gestión del conocimiento.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

⁵ Planes Institucionales de Talento Humano

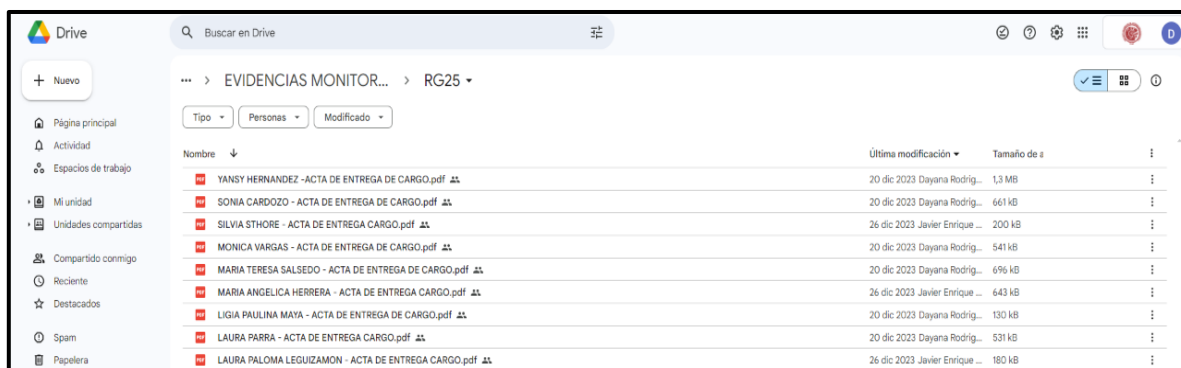
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

Actividad de Control:

1. El profesional especializado responsable del área de talento humano realiza seguimiento a la implementación de la política de gestión del conocimiento y las mejoras pertinentes.
2. En el procedimiento de desvinculación maneja mediante el acta de entrega la documentación de las principales actividades, responsabilidades y contactos que manejaba la persona que se retira de la entidad.
3. Sistema de gestión documentado y formalizado (conocimiento explícito).

Resultado: Una vez revisados los soportes documentales compartidos por el responsable de los controles establecidos, se evidenció desde Control Interno que solo se dio cumplimiento a unas de las actividades que permiten mitigar la materialización del riesgo. Se establece cumplimiento parcial

IMAGEN N°26 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (Gestión de Conocimiento)



Fuente: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1f6Gs8TJYfiZ3K_SIDsYUMP-Z_-ldKOSJ

RC 12: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar el favorecimiento en la vinculación de personal.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control:

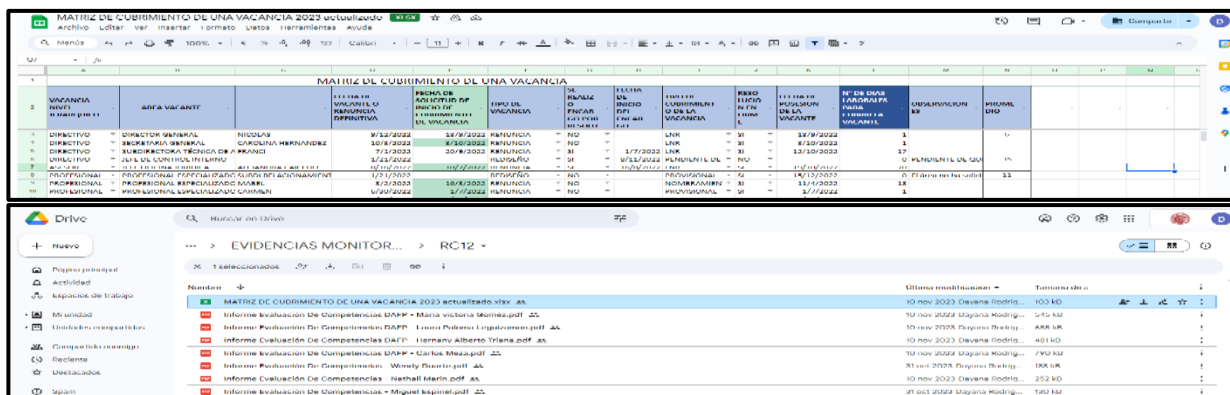
1. El profesional especializado responsable del área de talento humano verifica el cumplimiento del perfil de los candidatos a proveer las vacantes definitivas existentes frente al manual de funciones y competencia establecido ya sea para nombramiento del encargo o una provisionalidad.
2. Se genera un informe de cumplimiento de requisitos del candidato al solicitante para que ésta tome la decisión final.

	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. Publicación de la HV en el aplicativo del DAPRE para cargos de libre nombramiento y remoción.

Resultado: La Oficina de Control Interno, evidenció que el área responsable da cumplimiento a las actividades de control establecidas en la Matriz de Riesgos. Se recomienda poder consolidar a través de pantallazos o de algún registro documental la publicación de Hojas de Vidas en Presidencia de la Republica. Se establece cumplimiento.

IMAGEN N°27 Soporte documental Riesgo de Corrupción Proceso de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (Vinculación de personal)



The screenshot shows a Google Drive interface. The main folder is 'EVIDENCIAS MONITOR...' with a subfolder 'RC12'. Inside 'RC12', there is a spreadsheet titled 'MATRIZ DE CUBRIMIENTO DE UNA VACANCIA 2023 actualizado.xlsx' and several PDF files, including 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Maria Victoria Gomez.pdf', 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Leticia Polanco Lopez.pdf', 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Hernan Alberto Trilana.pdf', 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Carlos Mesa.pdf', 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Wensley Pineda.pdf', 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Nathali Marin.pdf', and 'Informe Evaluación de Competencias DAPP - Miguel Espinosa.pdf'.

Fuente: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Tdm66GiPBnnHYqQLQlNBIVk805eHz3p>

1.16. PROCESO GESTIÓN JURIDICA

RG 26: Posibilidad de afectación económica y reputacional por demandas en contra de la entidad debido a falta de implementación, seguimiento y evaluación a la PPDA.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

Actividad de Control:

1. El Jefe de la Oficina Jurídica verifica la implementación de la PPDA, así como el seguimiento y evaluación de esta.
2. La PPDA tiene indicadores asociados que permiten seguimiento permanente a esta política.

RG 27: Pérdida reputacional y/o de credibilidad por el incumplimiento de términos en la respuesta oportuna de las solicitudes que debe gestionar la Oficina Asesora Jurídica.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

	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

Actividad de Control:

1. El Jefe de la Oficina Jurídica verifica mediante los indicadores del proceso el cumplimiento de los tiempos establecidos en la base de datos de los distintos requerimientos solicitados.
2. Todas las actuaciones en las que intervienen los integrantes del equipo jurídico tienen una validación dual lo que permite mayor transparencia y calidad en las respuestas.

RC 13: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de ejercer una indebida y/o deficiente actuación en detrimento de los intereses de la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control:

1. El Jefe de la Oficina Jurídica verifica la interiorización del código de integridad por parte de los servidores públicos y contratistas vinculados al área mediante la socialización del código.
2. Los contratistas del área tienen una clausula dentro de su contrato con respecto al manejo de la información.
3. Todas las actuaciones en las que intervienen los integrantes del equipo jurídico tienen una validación dual lo que 7 permite mayor transparencia y calidad en las respuestas.

Resultado: Una vez es consultada la matriz de riesgos y las respuestas aportadas por el responsable del área se identifica que no comparten link de acceso a las evidencias con las cuales soportan la ejecución de actividades que buscan principalmente prevenir la materialización de riesgos RG 26, RG 27 y RC 13 al interior de la Entidad, cuyo impacto es económico y reputacional. Se establece incumplimiento.

Es necesario que las áreas presenten de manera oportuna las evidencias del cumplimiento de los riesgos bajo su responsabilidad.

Así mismo es importante que desde la Oficina Asesora de Planeación se realice un monitoreo más riguroso con las áreas para que estas puedan presentar de manera correcta y oportuna las evidencias y los enlaces de acceso a la documentación, para de esta manera poder realizar una evaluación eficiente y evitar afirmaciones tales como: *“Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo”* dado que no es coherente respecto a la falta de documentación.

	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

IMAGEN N°28 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión Jurídica (PPDA y Respuesta a Peticiones) y Riesgo de Corrupción.

No tiene link de acceso a las evidencias

Existe afirmación por parte de la segunda línea de defensa de cumplimiento, no se tiene claridad bajo que evidencias se afirma dicho cumplimiento.

Identificación del riesgo				Seguimiento Cuatrimestre III			
No. Riesgo	Proceso	Descripción del Riesgo	¿El riesgo se materializó?	Primera Línea de defensa	Segunda Línea de defensa	Tercera Línea de defensa	
RQ26	Gestión Jurídica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por demandas en contra de la entidad debido a falta de implementación, seguimiento y evaluación a la PPDA.	No	Como líder de proceso o delegado por éste, garantizo el haber ejecutado los controles establecidos acorde a la frecuencia requerida y dejando la evidencia pertinente en la ruta documentada, lo anterior ha permitido mantener bajo control el riesgo y asegurar que el proceso cumple con el objetivo planteado.	Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo.	No	
RQ27	Gestión Jurídica	Pérdida reputacional y/o de credibilidad por el incumplimiento de términos en la respuesta oportuna de las solicitudes que debe gestionar la Oficina Asesora Jurídica.	No	Como líder de proceso o delegado por éste, garantizo el haber ejecutado los controles establecidos acorde a la frecuencia requerida y dejando la evidencia pertinente en la ruta documentada, lo anterior ha permitido mantener bajo control el riesgo y asegurar que el proceso cumple con el objetivo planteado.	Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo.	No	
RC13	Gestión Jurídica	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de ejercer una indebida y/o deficiente actuación en detrimento de los intereses de la entidad.	No	Como líder de proceso o delegado por éste, garantizo el haber ejecutado los controles establecidos acorde a la frecuencia requerida y dejando la evidencia pertinente en la ruta documentada, lo anterior ha permitido mantener bajo control el riesgo y asegurar que el proceso cumple con el objetivo planteado, sin embargo se sugiere revisar y mejorar los controles establecidos.	Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo.	Si	

Fuente: <https://www.icanh.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/mapas-de-riesgos/2023/tercer-monitoreo-de-riesgos-1>

1.17. PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA

RG 28: Posibilidad de Pérdida reputacional o económica por ineficiencias de los planes ambientales implementados debido a la una inadecuada gestión del proceso

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

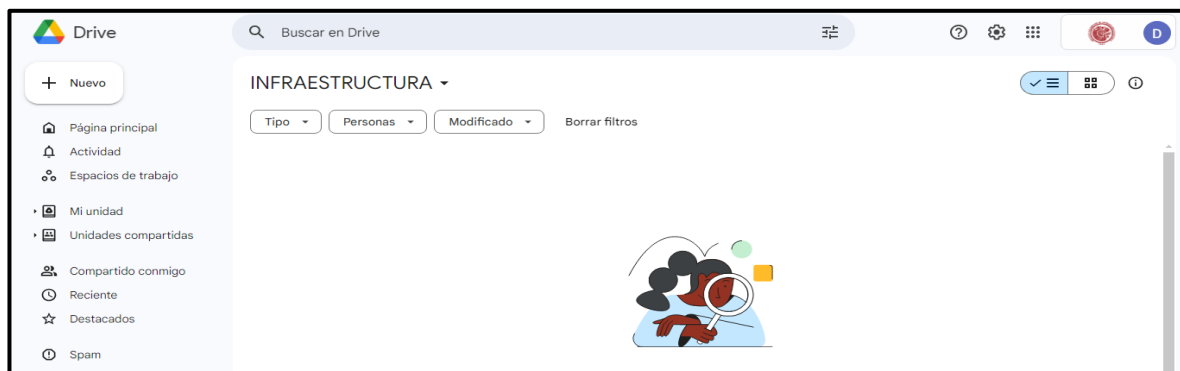
Actividad de Control:

1. Ejecución de PGA
2. Diseño de procedimientos/guías y demás documentación aplicable al manejo ambiental de la entidad.
3. Seguimiento cuatrimestral del avance del PGA por parte de CIGD
4. Indicador de manejo de residuos

Resultado: Una vez se hace la revisión de enlace de acceso para cargue de soportes documentales por parte del área responsable, la Oficina de Control Interno evidenció que los responsables no presentaron los soportes documentales que den cuenta de una correcta y oportuna ejecución de controles. Se establece incumplimiento.

	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

IMAGEN N°30 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión Administrativa y Logística (Infraestructura).



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1i9zfH2FEIDUs2IkRQfmo0hM01hJCJeq?q=parent:1i9zfH2FEIDUs2IkRQfmo0hM01hJCJeq>

RG 29: Posibilidad de Pérdida económica por daños en los activos fijos de la entidad a causa de un proceder incorrecto, falta de controles y desastres naturales.

Impacto: Económico

Clasificación del Riesgo: Daño Activos Físicos

Actividad de Control:

1. Diseño de la documentación aplicable a manejo de activos.
2. Informe cuatrimestral de inventario de activos.
3. Indicador de gestión.

Resultado: Una vez es consultada la matriz de riesgos y las respuestas aportadas por el responsable del área, se identifica que no hay acceso a las carpetas de cargue de información, al cierre del informe y pese de haber solicitado acceso a los soportes documentales no fue posible verificar el cumplimiento de las actividades. Se establece incumplimiento.

RC 14: Posibilidad de recibir o solicitar dádivas en beneficio propio o de un tercero para influir indebidamente en la gestión de activos de la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Fraude Interno.

Actividad de Control:

1. Diseño de la documentación aplicable a manejo de activos.

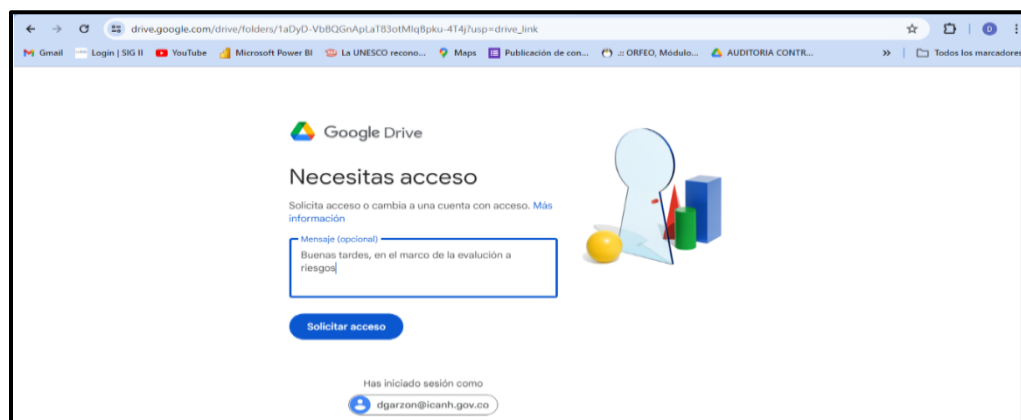
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

2. Informe cuatrimestral de inventario de activos.

3. Indicador de gestión oportuna del almacén a través de los inventarios ejecutados.

Resultado: Una vez es consultada la matriz de riesgos y las respuestas aportadas por el responsable del área se identifica que no comparten soportes documentales para verificar la ejecución de actividades en cuanto a materialización de riesgos. Es necesario que las áreas presenten de manera oportuna las evidencias del cumplimiento de los riesgos. Se establece incumplimiento.

IMAGEN N°31 Soporte documental Riesgo de Gestión y de Corrupción Proceso de Gestión Administrativa y Logística (Activos).



Fuente: https://drive.google.com/drive/folders/1aDyD-VbBQGnApLaT83otMlqBpku-4T4j?usp=drive_link

RG 30: Posibilidad de pérdida reputacional por la afectación de la operación y los compromisos adquiridos por la entidad debido al incumplimiento en la entrega de bienes, obras y servicios logísticos necesarios para la operación de la entidad.

Impacto: Reputacional

Clasificación del Riesgo: Ejecución y Administración de procesos.

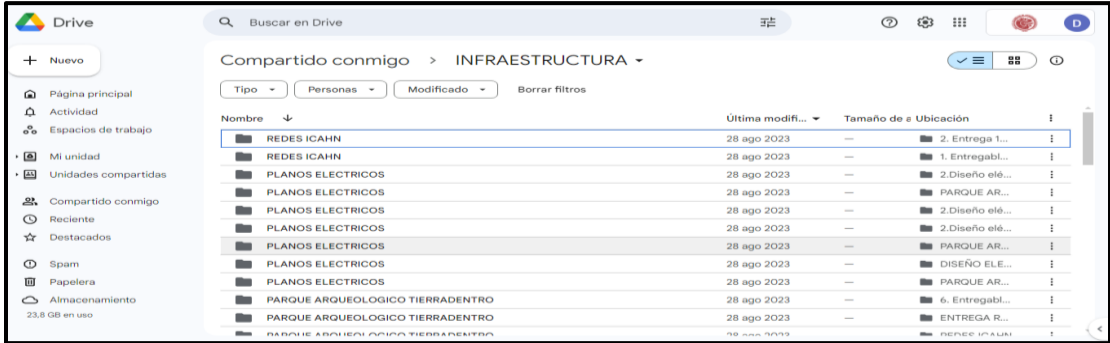
Actividad de Control:

1. Diseño de la documentación aplicable al proceso de Gestión Administrativa y Logística.
2. Seguimiento mensual PAA.
3. Seguimiento cuatrimestral al plan de mantenimiento.

Resultado: La Oficina de Control Interno evidenció que el área funcional de infraestructura presentó los respectivos soportes documentales respecto al seguimiento de obras, bienes y servicios a favor del ICANH. Se establece cumplimiento.

	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

IMAGEN N°32 Soporte documental Riesgo de Gestión Proceso de Gestión Administrativa y Logística (Seguimiento bienes, servicios y obras de la Entidad).



Fuente: <https://drive.google.com/drive/folders/1i9zfH2FEIDsUs2IkRQfmo0hM01hJCJeq?q=parent:1i9zfH2FEIDsUs2IkRQfmo0hM01hJCJeq>

No conformidad N°1

Se evidencia ineficiencia en los controles establecidos en la matriz de riesgos gestión y de corrupción, toda vez que el porcentaje promedio de incumplimiento evidenciado corresponde al **cuarenta y siete por ciento (47%)**, es necesario que desde la Oficina Asesora de Planeación se realice un ejercicio de diagnóstico de los controles allí establecidos y se realicen las actualizaciones que se requieran para evitar a futuro materialización de riesgos por inadecuado tratamiento de controles en los riesgos de gestión de la Entidad.

Además, es necesario que se fortalezca el trabajo de autocontrol por parte de la primera línea de defensa (responsables de operar los riesgos y presentar evidencias) a través de la Oficina Asesora de Planeación mediante capacitaciones y monitoreo con mayor rigurosidad, con el fin de que exista una debida y oportuna entrega de soportes documentales por parte de los responsables de operar el riesgo, así como de ejecutar eficientemente sus controles.

Por último, una vez se evidencie deficiencia en la ejecución de controles o en la presentación de soportes documentales (no basta solo con el diligenciamiento de la matriz) deberá aplicarse el manejo de desviación de control para garantizar una correcta operación.

1. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Una vez es compartida la matriz de riesgos de seguridad de la información por parte del oficial de seguridad del ICANH, la Oficina de Control Interno evidenció que existen alrededor de doce (12) riesgos, los cuales se encuentran debidamente documentados frente a actividades de control, responsable, amenazas, probabilidad de ocurrencia, nivel de riesgo y vulnerabilidades en las que se puede ver afectada la Entidad respecto a su información.

Al realizar la revisión de escritorio respecto a los soportes documentales, estos dan cuenta de la ejecución de controles por parte de cada uno de los responsables, Control Interno se permite informar que identificó cumplimiento del 83% respecto a las actividades de control y mitigan la materialización de los riesgos de seguridad de la información establecidos para el ICANH durante la vigencia 2023, a continuación, se relaciona los riesgos a los cuales se les establece cumplimiento.

	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

RIESGO	TIPO DE ACTIVO DE INFORMACIÓN	ACTIVIDAD	PUNTO DE CONTROL	EVIDENCIAS
002	GSUITE (Correo electrónico Unidades Compartidas, información electrónica en nube)	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad en lo referente a política de control de acceso. 2. Solicitar por parte del jefe del área y/o oficina la creación de usuario por medio de la mesa de ayuda (política de control de acceso) llenando el formato de creación o modificación de usuarios 3. Aplicación de la resolución de protección de información y la utilización de las unidades compartidas 4. Definir la lista blanca de aplicaciones: El listado del software y tipos de instalaciones permitidas por ejemplo actualizaciones y parches de seguridad al software existente.	1. Mesa de ayuda o correo 2. Formato Creación de Usuario 3. Lista Negras de Corre	Contrato de Google https://drive.google.com/drive/folders/1BuCXgyC_9wxjp4Jozog-EKjwoAkYB_Al?role=writer Listas Negras de Correo https://drive.google.com/drive/folders/1epwNPT76vll4HqiH0y8Cu4x_lly3Dfg1 Creación de usuarios de Correo https://drive.google.com/drive/folders/1oGKGopS92Elp-pAwPw3kolMbmDnGC1Re?role=writer
003	Portal Web Registro Nacional De Arqueólogos -RNA- Publicaciones Revistas Atlas Arqueológico De Colombia Sistema De Nomina Novasoft	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad en lo referente a política de control de acceso. 2. El aplicativo cuenta con soporte externo 3. Se tiene un administrador web 4. Se tienen usuario(s) y contraseña para la modificación del portal. 5. Los aplicativo se encuentra alojado fuera de las instalaciones del ICAANH. 6. Tener en cuenta la resolución datos personales 250 del 217, especialmente las personas involucradas en el procesamiento de información. 7. Formato de Acceso a los aplicativos y su rol 8. Backup del aplicativo	1. Responsable del aplicativo 2. Contratos de soporte 3. Contratos de alojamiento donde se requiera	Contrato Micro sitios: (web, RNA) https://drive.google.com/drive/folders/1ceRJ-FNLqMGom9gr-19VylXcevjEZnyF?role=writer Contrato de Novasoft https://drive.google.com/drive/folders/1jvlfOcl1Qog-cfAqhRsytd35tMJlXWVW?role=writer
005	PQRSDF	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad en lo referente a política de control de acceso. 2. Establecer periodos de copias de respaldo 3. Aplicar la Política de tratamiento de datos personales 4. Se tiene una política de confidencialidad con los proveedores los cuales no podrán divulgar la configuración ni el usuario y la clave para acceder al aplicativo	1. Formato de roles y responsabilidades en los aplicativo 2. Política de Habeas Data	Contrato Micro sitios https://drive.google.com/drive/folders/1ceRJ-FNLqMGom9gr-19VylXcevjEZnyF?role=writer El portal se encuentra alojado en la nube de AWS y es administrado por nosotros, Contrato de Nube https://drive.google.com/drive/folders/1meKHWyKKSZcpdG0Y_x8MI5l61fs-HFD?role=writer

	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

006	SISTEMA GESTOR DOCUMENTAL ORFEO FORMULARIO DE REGISTRO DE CORRESPONDENCIA	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad en lo referente a política de control de acceso. 2. Establecer las personas que pueden acceder al aplicativo y al formulario 3. Establecer un periodo de copias de la información por parte del líder de la oficina y el soporte 4. Se debe tener copia del código del aplicativo 5. Se debe tener un soporte 6. Se debe procurar desarrollar en el aplicativo que pueda enviar correo a los usuarios externos con el número de radicación, de esta manera dejaran de utilizar el formulario de correspondencia.	1. Se tiene un responsable del Aplicativo 2. Roles y responsabilidades del aplicativo 3. Contrato del Soporte 4. Backup	Administrador : Roger Suarez Contrato soporte https://drive.google.com/drive/folders/1t5SbTzvgQ1ACU2PhNUOCLmba1-SK6Yy?role=writer El Backup se encuentra en la nube publica contratada y es administrada por Sandra Silva
007	FORMULARIO DE REGISTRO PROGRAMA DE ARQUEOLOGIA PREVENTIVA	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad 2. El líder definirá los roles y responsabilidades de los usuarios 3. Se debe tener un Backup del formulario 4. Listado de usuarios y su rol en el aplicativo	1. Responsable del aplicativo 2. Formato de roles y responsabilidades de aplicativo 3. Backup histórico	Administrador: Juan Pablo Ospina Solicitudes de Acceso y creación de usuarios https://drive.google.com/drive/folders/1PZbxYDVdqYUelz8QARQik7Hlv3OGTdXD?role=writer Mesa de ayuda https://drive.google.com/drive/folders/1oBIL8Qza3WewnfMpNP9Yf6pMzSbfhblW?role=writer formulario de arqueología preventiva https://drive.google.com/drive/folders/1TO6teOBHza_ZvCayPsGYuFanvGwIU s1N
008	SERVIDOR PRINCIPAL SERVIDOR SECUNDARIO UTM - SOPHOS	1. Aplicación del manual de políticas de seguridad. 2. En caso de daño físico se debe promover el servidor secundario a primario. 3. Se tiene Backup del directorio activo el cual puede ser restaurado en cualquier servidor y este asumiría como servidor principal. 4. Se debe incluir en el PETI para la compra de servidor para su remplazo, porque los equipos tienen 10 años. 5. Se debe incluir en el PETI la compra de un UTM-SOPHOS para tener redundancia en el sistema	1. Políticas de directorio activo. 2. Contrato de mantenimiento del UTM.	Contrato Utm – Sophos https://drive.google.com/drive/folders/1z9eiEsQ3k88ayDkEOh8URRW2zrIT-C5T?role=writer Políticas de Directorio Activo https://drive.google.com/drive/folders/14Tz6IIUunP_V7BJCjilzXM3V5QN0jM OD

	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

009	SWITCH CAPA3 SWITCH FIBRA OPTICA TRANSIVER	1. Aplicar el manual de políticas de seguridad. 2. En caso de daño se debe utilizar el switch normal 3. En caso de fallo eléctrico las dos UPS funcionaran con una capacidad de 30 minutos es suficientes tiempo si es necesario apagar. 4. Los switchs están ubicados en el centro de cómputo, con eso se limita el acceso del personal no autorizado ya que este se encuentra bajo llave, y además se monitorea con una cámara. 5. En caso de daño físico se utilizara uno de los switch de menor categoría. 6. No es necesario apagar el centro de cómputo el cambio de puede hacer en caliente. 6. Se debe incluir en el PETI la compra para tener un repuesto en caso de fallo de uno de los equipos.	1. Responsable de la administración	Sandra Silva Contrato https://drive.google.com/drive/folders/1s15GzKewQszJHWOXLYXOChy4MNjCxa6h?role=writer
010	UPS AIRE ACONDICIONADO	1. Ninguna persona está autorizada para manipular las UPS. 2. En caso de pérdida de energía los ups automáticamente se ponen en funcionamiento 3. Las baterías se deben cambiar cada tres años 4. En caso de un cambio en el aire acondicionado se pide apoyo al personal técnico calificado 5. En caso de daño se debe dejar abierta la puerta del centro de cómputo, para que la temperatura no exceda los 27 grados	1. Contrato de Mantenimiento	Contrato Aire acondicionado https://drive.google.com/drive/folders/1c7K71PKFUPZqnCeTcaH71iYTJETN4S6?role=writer Contrato mantenimiento UPS, cambio de baterías y Aire Acondicionado: https://drive.google.com/drive/folders/13b34FmNpHPH0v-b-PBuF-gGsNOE4LjT?role=writer
011	EQUIPOS DE COMPUTO SISTEMAS OPERATIVOS ANTIVIRUS DOCUMENTOS ELECTRONICOS	1. Se debe aplicar el manual de políticas de seguridad. 2. Se debe revisar cada PC para determinar la versión del sistema operativo 3. Aplicación de la resolución de protección de información y la utilización de las unidades compartidas 4. Se debe implementar por parte de los Jefes de área y/o supervisores la forma de controlar que los usuarios estén colocando la información creada o editada en las unidades compartidas.	1. Formato de roles y compromisos 2. Listado de unidades compartidas 3. Compra de equipos con el ultimo sistema operativo 4. Renovación de licencias de firewall y antivirus	Contrato de Compra Equipos: https://drive.google.com/drive/folders/13WTJw2zKIUXXXIEvVVidvU2JGyQu-wDK?role=writer Contrato Compra de Antivirus Sophos: https://drive.google.com/drive/folders/1z9eiEsQ3k88ayDkEOh8URRW2zrIT-C5T?role=writer Contrato de compra Herramienta para hacer Backup https://drive.google.com/drive/folders/1rsNp0loQIWJzwr-Yt_QybiUHBi5u73T?role=writer
012	MESA DE AYUDA	1. Se tiene un responsable de la mesa de ayuda. 2. Solo el área tiene acceso a la mesa de ayuda	1. Reporte de casos	Mesa de ayuda https://drive.google.com/drive/folders/1oBIL8Qza3WewnfMpNP9Yf6pMzSfbbIW?role=writer Intranet:

	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

<http://mesadeayuda.icanh.gov.co/>

Respecto al diecisiete por ciento (17%) restante se presenta incumplimiento, de igual manera se relacionan los riesgos, los controles y los responsables.

RIESGO	TIPO DE ACTIVO DE INFORMACIÓN	ACTIVIDAD	PUNTO DE CONTROL	EVIDENCIAS
001	VPN para el trabajo en casa	- Solicitar por parte del jefe de la oficina o el área la VPN para el usuario de su grupo por medio de la mesa de ayuda (política de control de acceso). - Llenado del formulario para permiso para el servicio de VPN - Listado de Usuarios con VPN	1. Listado de usuarios VPN	
004	SISTEMA DE NOMINA NOVASOFT BIBLIOTECA	- Aplicar el manual de políticas de seguridad en lo referente a política de control de acceso. - Se debe tener cuenta soporte externo - Se debe tener administrador - Se tienen usuario(s) y contraseña para el ingreso de información. - Definir un formato para el acceso a los aplicativos y su rol - Backus de la información del aplicativo	- Jefe del Área Funcional de Gestión de Talento Humano - Jefe del Área Funcional de Biblioteca	

No conformidad N°2

Se evidencia que existe oportunidad de mejora respecto los controles establecidos en la matriz de riesgos de seguridad de la información, los cuales representan un porcentaje de incumplimiento del **diecisiete por ciento (17%)**, es necesario que el Oficial de Seguridad realice un ejercicio de diagnóstico de los controles allí establecidos y se realicen las actualizaciones que se requieran para evitar a futuro una materialización de riesgos por inadecuado tratamiento de controles en los riesgos de la Entidad.

Además, es necesario que se fortalezca el trabajo de autocontrol por parte de la primera línea de defensa (responsables de operar los riesgos y presentar evidencias) a través del Oficial de Seguridad mediante capacitaciones y monitoreo con mayor rigurosidad, con el fin de que exista una debida y oportuna entrega de soportes documentales por parte de los responsables de operar el riesgo, así como de ejecutar eficientemente sus controles.

Por último, una vez se evidencie deficiencia en la ejecución de controles o en la presentación de soportes documentales (no basta solo con el diligenciamiento de la matriz) deberá aplicarse el manejo de desviación de control, para garantizar una correcta operación.

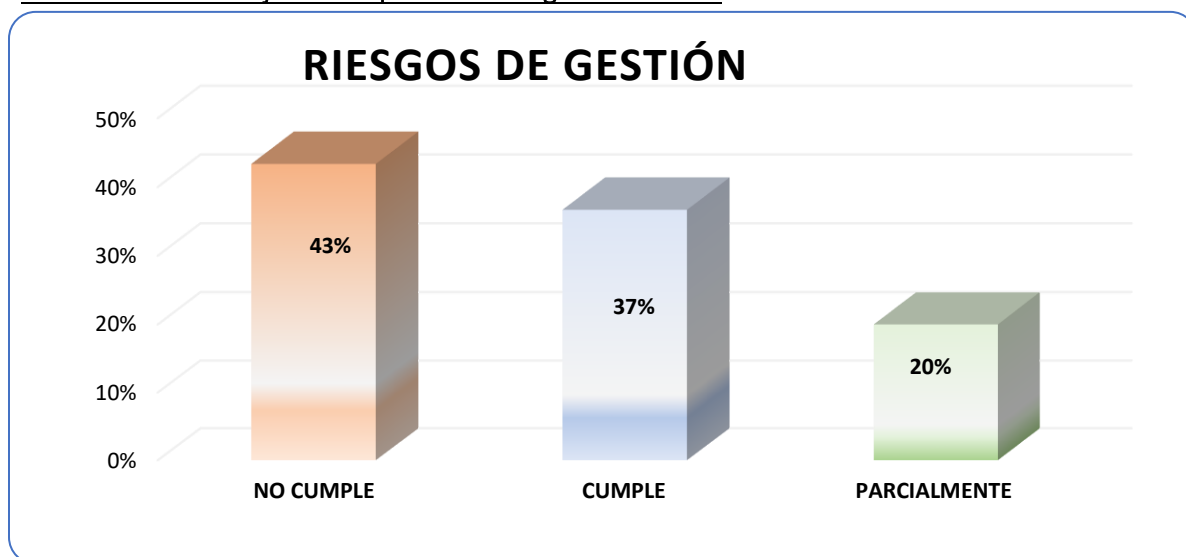
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN INTERNA A LA GESTIÓN	CÓDIGO:	EC-PR-01-FO-03
	INFORME DE AUDITORIA, EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	VERSIÓN:	01
		FECHA:	29/11/2022

CONCLUSIONES

1. A continuación, la Oficina de Control Interno detalla a través de graficas el porcentaje de cumplimiento de cada una de las matrices de riesgos de la Entidad.

1.1. Riesgos de Gestión

Grafica N°1 Porcentaje de Cumplimiento Riesgos de Gestión.



Fuente propia, a partir de los resultados obtenidos.

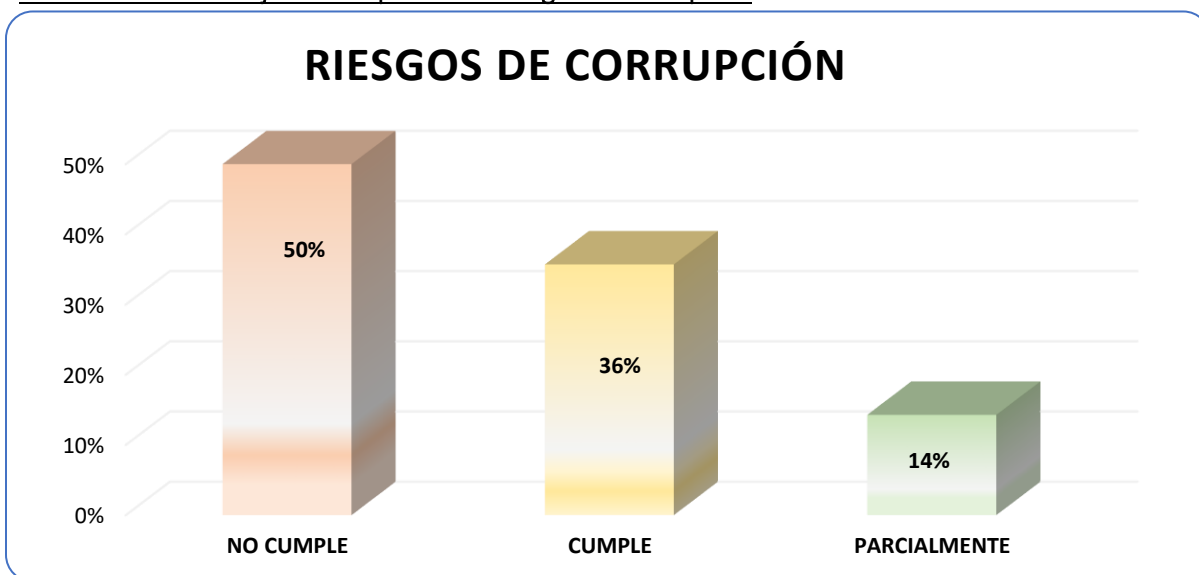
- 1.1.1. Como se puede observar en la gráfica n°1, solo el treinta y siete por ciento (37%) da cumplimiento a los controles establecidos en la matriz de Riesgo, ese porcentaje corresponde a once (11) riesgos. Pese a identificarse un porcentaje muy bajo de cumplimiento, no se evidenció materialización de riesgos. Es necesario implementar plan de mejoramiento en aras de mejorar la matriz de riesgos y los controles establecidos. De la misma manera se requiere una apropiación de la herramienta de control a través de divulgación, capacitación y monitoreo por parte de la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) con mayor rigurosidad, asimismo debe haber mayor autocontrol por parte de la primera línea de defensa (responsable de los controles) para así evitar materialización del riesgo.
- 1.1.2. El cuarenta y tres por ciento (43%) que presenta incumplimiento corresponde a un total de trece (13) riesgos de gestión, dicho incumplimiento principalmente obedece a que en los links de acceso para verificación de información no existía soporte documental que permitiera verificar la correcta, oportuna y eficiente gestión de los controles establecidos en la matriz de riesgos.

	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

- 1.1.3.** El veinte por ciento (20%) corresponde a un total seis (6) riesgos de gestión, en los cuales, pese a identificarse algunos soportes documentales, estos no tenían coherencia ni relación directa con el control ejercido para evitar la materialización de los riesgos al interior de la Entidad, es por ello que es sumamente importante que desde la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) se realice un seguimiento no solo al diligenciamiento de la matriz de riesgos, sino a la oportuna operación del control y a que los responsables documenten de manera clara dicha operación.

1.2. Riesgos de Corrupción

Grafica N°2 Porcentaje de Cumplimiento Riesgos de Corrupción



Fuente propia, a partir de los resultados obtenidos.

- 1.2.1.** Como se puede observar en la gráfica n°2, solo el treinta y seis por ciento (36%) da cumplimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgos, ese porcentaje corresponde a cinco (5) riesgos. Pese a identificarse un porcentaje muy bajo de cumplimiento, no se evidenció materialización de riesgos. Se debe implementar plan de mejoramiento.
- 1.2.2.** El cincuenta por ciento (50%) que presenta incumplimiento corresponde a un total de siete (7) riesgos de corrupción, dicho incumplimiento obedece principalmente a que en los links de acceso para verificación de información no existía soporte documental que permitiera verificar la correcta, oportuna y eficiente gestión de los controles establecidos en la matriz de riesgos. Se debe implementar plan de mejoramiento.
- 1.2.3.** El catorce por ciento (14%) corresponde a un total de dos (2) riesgos de corrupción, en los cuales pese a identificarse algunos soportes documentales, estos no tenían coherencia ni relación directa con el control ejercido para evitar la materialización de los riesgos al interior de la entidad. Se debe implementar plan de mejoramiento.

	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

- La Oficina de Control Interno, no tiene claridad frente al resultado presentado por la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa al interior del ICANH, producto de los monitores adelantados, dado que no existe coherencia entre la afirmación expuesta en la matriz de riesgos y el resultado evidenciado en el presente informe, es necesario que se revisen las siguientes afirmaciones identificadas en la matriz:

“Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo.”

“Se observa el diligenciamiento correcto del seguimiento de la primera línea de defensa, pero posterior a la fecha establecida”

“Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, pero los controles se deben fortalecer.”

Lo anterior teniendo en cuenta que el monitoreo adelantado por la Oficina Asesora de Planeación no es solo verificar el correcto y oportuno diligenciamiento de la matriz dispuesta para tal fin, sino por el contrario, identificar posibles desviaciones, incumplimientos y materializaciones de riesgos para la aplicación inmediata de tratamiento de riesgos; así como a proceder con su respectiva actualización y evitar pérdidas económicas, reputaciones y de fraude para la Entidad.

- Es necesario que a partir del seguimiento y monitoreo adelantados por la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) se informe de manera inmediata, en cada periodo, a la tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno), si aplican el tratamiento de riesgos por falta de diligenciamiento de la matriz de riesgos o por incumplimiento y materialización de estos de parte de la primera línea de defensa (responsables de las áreas) quienes operan la gestión del riesgo.
- Es sumamente importante que en los monitores adelantados por la segunda línea de defensa se haga una previa verificación al cargue de evidencias por parte de los responsables y en caso de no tenerlas se debe exponer las causas del incumplimiento, esto permite generar alertas tempranas tanto a los responsables como a la Alta Dirección para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento cuando así se considere.
- Respecto a los riesgos de seguridad de la información, es necesario que estos se fortalezcan y se actualicen para que así se articulen bajo la metodología del DAFP, dado que actualmente existen dichos riesgos de manera independiente y no dentro del sistema de gestión de la Entidad. Es necesario que el Oficial de Seguridad y la Oficina Asesora de Planeación adelanten mesas de trabajo para articular y unificar la matriz de riesgos al interior de la Entidad.
- Se debe realizar un seguimiento y monitoreo con una periodicidad inferior a un año por parte del Oficial de Seguridad y lo identificado en dichos seguimientos deberá ser reportado a la Oficina de Control Interno, para que esta pueda evaluar el cumplimiento de estos. Se recomienda que los seguimientos sean cuatrimestrales.

	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

7. El Oficial de Seguridad de la Entidad deberá informar de manera inmediata a la tercera línea de defensa la materialización de riesgos de seguridad de la información, así como el tratamiento a estos y las respectivas actualizaciones, lo anterior teniendo en cuenta que los resultados presentados por el responsable del seguimiento no permiten identificar dichos aspectos durante la evaluación adelantada por Control Interno.
8. Es necesario fortalecer la herramienta de los riesgos de seguridad de la información e incluir a aquellas áreas en donde existe probabilidad de pérdida de información y que afecte la memoria institucional de la Entidad, así como establecer controles más detallados de los responsables de operar sistemas de información y aplicativos para la operación de sus actividades en el día a día.

RECOMENDACIONES

1. La Oficina de Control Interno se permite recomendar a los responsables de riesgos de gestión y de corrupción, cuyo impacto económico genere alguna erogación o pérdida de recurso público por indebido manejo de controles, que prioricen la actualización de actividades de control o en su defecto se dé prevalencia a la ejecución de controles, dado que al cierre de la evaluación se puede determinar que existe alta probabilidad de materialización de los riesgos, cuyo impacto es económico para la Entidad.
2. Así mismo recomienda a los responsables de riesgos de seguridad de información, cuyo impacto para la Entidad es pérdida de información y de activos de información, que prioricen la actualización de actividades de control o en su defecto se dé prevalencia a la ejecución de controles, dado que al cierre de la evaluación se puede determinar que existe alta probabilidad de materialización de los riesgos, cuyo impacto es pérdida de información y memoria Institucional.
3. Se recomienda a la segunda línea de defensa adelantar un monitoreo más riguroso a las áreas, para que estas puedan presentar de manera correcta y oportuna las evidencias y los enlaces de acceso a la documentación, para que así la Oficina de Control Interno pueda realizar una evaluación eficiente, oportuna y evitar reprocesos.
4. Se recomienda que se eviten afirmaciones tales como: *“Se observa el correcto y oportuno diligenciamiento del seguimiento a los controles por parte de la primera línea de defensa, para los casos que aplicó se estableció el plan de tratamiento respectivo”* si estas están basadas solo en el diligenciamiento de la matriz de riesgos y no en la operación y ejecución de controles, lo anterior debido a que no es coherente dicha afirmación, tomando en consideración la falta de documentación y evidencias presentadas por parte de los responsables de gestionar los Riesgos, lo cual fue evidenciado en la evaluación adelantada por la Oficina de Control Interno.
5. La Oficina de Control Interno se permite recomendar al ICANH que se realice un análisis a la posibilidad de incorporación de riesgos expuesto a continuación y que impactan a diferentes áreas, procedimientos internos y actividades de manera integral respecto a la gestión de la Entidad de la siguiente manera:

	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

5.1. Área funcional del almacén

- Pérdida física de bienes patrimoniales en parques arqueológicos. (Compartido con Grupo Patrimonio)
- Daño de los bienes de la entidad.
- Pérdida o destinación indebida de elementos de consumo o activos.
- Pérdida de información de bienes de la entidad.

5.2. Caja menor

- Detrimento patrimonial por Inexistencia del Acto administrativo de apertura y reglamentación de la caja menor.
- Inoportuna gestión por falta de fondos suficientes para los rubros de gasto
- Indebido registro y otorgamiento de recursos por desconocimiento en el manejo financiero de la caja menor
- Inoportunidad en los registros, conciliación y cierre de fondo de caja menor por desconocimiento de la herramienta SIFF
- Incumplimiento normativo por falta de póliza para el manejo de la caja menor
- Indebido uso de recursos públicos por extemporaneidad en los tramites de legalización de los gastos

5.3. Infraestructura

- Inoportuna ejecución del plan anual de mantenimientos a infraestructura física.
- Pérdida de recursos por compra de materiales inadecuados para mantenimientos en las sedes
- Perdida o vencimiento de materiales, insumos y elementos de mantenimiento por inadecuado seguimiento a fechas de vencimientos para priorización de uso.

5.4. Gestión Financiera

- Incumplimiento en el pago de los compromisos financieros adquiridos por la entidad en forma oportuna.
- Desviación de los recursos financieros consignados en la cuenta bancaria autorizada para la entidad.
- Inoportunidad en la presentación de información en los estados financieros e inexactitud de cifras que no reflejen la realidad de los hechos económicos de la entidad.

5.5. Secretaria General

- Incumplimiento a lineamientos y marco normativo.

5.6. Gestión Documental y Correspondencia

- Incumplimiento de la ejecución de las actividades planificadas en el PINAR.

	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

- Inadecuada organización de los archivos durante su ciclo vital: Gestión y central
- Permitir o restringir el acceso a la información sin el cumplimiento de requisitos legales para favorecer a terceros.
- Deterioro de los soportes físicos de la información contenida en archivos de gestión y central de la entidad, por falta de seguimientos.

5.7. Gestión Contractual y Convenios

- Perfeccionamiento de un contrato o convenio sin el cumplimiento de los requisitos legales.
- Ejecutar contratos y convenios sin el cumplimiento de los requisitos de ejecución.
- Indebida supervisión de los contratos o convenios suscritos. (Compartido con los supervisores de contratos)

5.8. Talento y Desarrollo Humano

- Posesionar personal que no cumple requisitos para ser nombrado y ejercer el empleo.
- Incumplimiento en la ejecución de los planes de Talento Humano (Plan Institucional de Capacitación, Plan Estratégico de Talento Humano y el Plan de Estímulos e Incentivos).
- Liquidaciones inexactas derivadas del procesamiento de la nómina y prestaciones sociales.
- Incumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

5.9. Gestión de Tecnologías de la Información

- Indisponibilidad de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos institucionales
- Inoportuna gestión a reporte de incidentes y ejecución de actividades de control de políticas de Gobierno Digital.

5.10. Comunicaciones

- Inoportuna e inexacta o no ajustada a la normatividad la Información publicada a las diferentes audiencias.
- Perdida de acceso total o parcial a la información de la Entidad.
- Incumplimiento de la estrategia de comunicaciones por falta de controles o seguimientos.
- Incumplimiento a los lineamientos técnicos de accesibilidad de información para todas las audiencias.
- Inadecuado control y acceso a la administración de página web y redes sociales.

5.11. Control Interno disciplinario

- Vencimiento de términos legales sin que se haya recaudado pruebas documentales, testimoniales debido a retardo de las dependencias en responder las solicitudes probatorias o dificultad de tiempos de los declarantes.

	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

- Vulneración del debido proceso del investigado debido a circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que impiden que las etapas procesales de la actuación disciplinaria se tramiten conforme al Código General Disciplinario.

5.12. Oficina asesora de Planeación

- Inefectividad en la identificación, valoración, tratamiento y controles de los riesgos.
- Inoportuno seguimiento y evaluación al Mapa de Aseguramiento.
- Afectación del cumplimiento de la Planeación Institucional
- Inadecuada planeación de proyectos vs recursos asignados a las áreas.

5.13. Control Interno

- Inoportuna ejecución del Plan Integral de Gestión de Control Interno durante cada una de las vigencias.
- Sesgo de información en la presentación al Comité de Coordinación de Control Interno para favorecer a terceros.

5.14. Grupo de Arqueología y Laboratorio.

- Inadecuado cierre del PAP por inexistencia de informe final evaluado y aprobado por el área de arqueología preventiva.
- Pérdida de bienes arqueológicos muebles por falta de registro en los inventarios del ICANH.
- Indevido otorgamiento de registro nacional de arqueólogos para favorecer a terceros.
- Inadecuado registro de PAP para favorecer a tercer o en nombre propio al recibir dadas o beneficios personales.
- Inoportuna incautación de bienes muebles para favorecer a terceros.
- Indevida certificación de piezas y bienes muebles arqueológicos como originales o replicas para beneficio de tercero o propio.
- Pérdida de recursos económico por concepto de recaudo de entradas en parques arqueológicos del ICANH por falta de sistemas de información, controles de operación, inadecuado inventario de manillas o boletería.
- Alteración de manillas de entrada a parques arqueológicos para beneficio de terceros o propios.
- Pérdida o daño de bienes arqueológicos en custodia del ICANH por indebida conservación y mantenimiento.
- Daño o pérdida por uso indebido de químicos durante la conservación del material durante el desarrollo de la intervención de material arqueológico, bienes arqueológicos hallados en el marco de intervenciones autorizadas por el ICANH entre otros.
- Pérdida de piezas de oro del ICANH por indebido registro y control de dichos elementos.

5.15. Gestión de Patrimonio

	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

- Inadecuada conservación y mantenimiento de sitios, piezas y bienes muebles e inmuebles arqueológicos protegidos en parques arqueológicos del ICANH por falta de seguimiento y control.
- Inoportunidad en la emisión de conceptos o respuestas a las consultas de la ciudadanía.
- Inadecuado trámite y seguimiento para la declaratoria de áreas arqueológicas protegidas.
- Pérdida de recursos por indebida e inoportuna planeación de proyectos para la conservación, mantenimiento y cuidado del Patrimonio Arqueológico.
- Inoportunidad, falta de ejecución y pérdida de recursos por falta de documentación y seguimiento a planes y programas en cada una de las vigencias.
- Pérdida de recursos por indebida celebración de contratos y convenios en el marco de proyectos institucionales a cargo del área. (Este aplicaría para todas las áreas)
- Pérdida de información institucional por entregar información institucional sin previa autorización para beneficio propio o de terceros.
- Pérdida de información de la memoria histórica e institucional de la entidad por falta de documentación y controles para el manejo, custodia y conservación de documentación clasificada como reservada y confidencial.

5.16. Jurídica

- Daño antijurídico en la actuación de la entidad que, pueda afectar los intereses y recursos de esta o a terceros.
- Inoportuna actualización del aplicativo Ekogui
- Inadecuada clasificación de procesos, amortización y calificación de riesgos.
- Inoportunidad en la emisión de conceptos o respuestas a las consultas de la ciudadanía.

5.17. Grupo de investigaciones

- Incumplimiento a los lineamientos establecidos en la política de investigaciones.
- Favorecer a terceros con anticipación de líneas de investigación definidas para la vigencia.
- Inicio de investigaciones que no se encuentren establecidas para la vigencia o que su línea no se encuentre aprobada para ejecución.

5.18. Publicación y Librería

- Inadecuado inicio de proceso editorial de textos sin evaluación de pares.
- Inicio de proceso editorial sin previa aprobación por parte del Comité de Divulgaciones.
- Anticipación de lista de espera de textos aprobados para proceso editorial para favorecer a terceros.
- Daño o pérdida total de ejemplares de la Librería por inadecuada conservación.

5.19. Área Funcional de Museología

- Inadecuada gestión al plan de trabajo de relacionamiento con la comunidad
- Pérdida reputaciones por incumplimiento de acuerdos o compromisos con las comunidades.

	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

- Inadecuada planeación de montajes de museografía.
- Daño o pérdida por inadecuado manejo de piezas para exposiciones museográficas
- Perdida de piezas para montaje de exposiciones museográfica por falta de controles e inventarios.

5.20. Área Funcional de Biblioteca Especializada

- Inadecuada gestión de conservación y mantenimiento de ejemplares en custodia de la Biblioteca
- Perdida de ejemplares en custodia de la Biblioteca por falta de seguimiento y controles a los préstamos a terceros.
- Daño o pérdida total de ejemplares de la Biblioteca por inadecuada conservación.
- Insatisfacción ciudadanía por inadecuada prestación de servicios.

5.21. Área Funcional Relacionamento y Atención al Ciudadano

- Inadecuada identificación de los grupos de valor.
- Inexistencia de políticas de atención al ciudadano y protocolos de Atención.
- Inexistencia de lineamientos y mecanismos de atención a personas en condición de discapacidad.

5.22. Subdirección Apropiación Social y Relacionamento con el Ciudadano.

- Otorgamiento indebido de estímulos en favor de terceros o propio.
- Pérdida de recursos por indebida celebración de contratos y convenios en el marco de proyectos institucionales a cargo del área.

RESUMEN	
RECOMENDACIONES	5
NO CONFORMIDADES	2

Diana Carolina Garzón O.

Firmado digitalmente por Diana Carolina Garzón O.
Fecha: 2024.04.24 11:04:12 -05'00'

DIANA CAROLINA GARZÓN
JEFE (E) DE OFICINA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaboró: Diana Carolina Garzón – Jefe (e) Oficina de Control Interno

Fecha de elaboración: 15-04-2024

Revisión cruzada: Laura Vanesa Orjuela – Profesional Oficina de Control Interno.

Fecha de revisión: 23-04-2024