

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

**INFORME EJECUTIVO N.015-2026 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE
VIGENCIA 2026.**

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

Mediante las observaciones y oportunidades de mejora contenidos buscan fortalecer el control interno mitigar riesgos y contribuir al mejoramiento continuo de la entidad, garantizando objetividad, imparcialidad y confidencialidad en su desarrollo.

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

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

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de los mecanismos y componentes del Sistema de Control Interno para que los funcionarios públicos respondan por su gestión, asegurando que los recursos se utilicen de manera adecuada y eficiente.

RESULTADO

El seguimiento realizado al Sistema de Control Interno durante el primer semestre de 2026 mostró avances significativos en todos sus componentes, arrojando una calificación general de cumplimiento del 98%.

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL NIVEL DE CUMPLIMIENTO 96%

Durante el primer semestre del 2026, el Ambiente de Control presenta un nivel general de madurez funcional y operativo favorable, caracterizado por el cumplimiento mayoritario en el diseño y mantenimiento de los controles asociados a las dimensiones de Talento Humano, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico y Control Interno, con lo cual subió dos puntos en su calificación.

Se consolidó herramientas claves como la implementación y divulgación del Código de Integridad, la conformación de Comités institucionales de Violencia Basada en Género, Conflicto de Interés, la operatividad de la Política de Administración de Riesgos, la seguridad de la información mediante el procedimiento GTI-PR-02 y el fortalecimiento de los canales de denuncia anticorrupción.

No obstante, el sistema refleja la afectación por factores de vulnerabilidad en la Línea Estratégica y en la Tercera Línea de Defensa de la Oficina de Control Interno originados por situaciones administrativas de

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

carácter temporal, derivadas de la vacancia definitiva del cargo de Jefe de la Oficina de Control Interno durante el primer semestre de 2026, circunstancia que incidió en el desarrollo oportuno de las actividades relacionadas propias con la Oficina de Control Interno, así como por oportunidades de mejora en la actualización metodológica ante el DAFP.

Debilidades del Ambiente de Control y Oportunidades de Mejora:

Interrupción Temporal en la Instancia Directiva de Control (Gobernanza):

La vacancia definitiva del empleo de Jefe de Oficina de Control Interno durante el primer semestre impidió la realización periódica de las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Aunque la gestión técnica continuó, se suspendió temporalmente el espacio formal de la Línea Estratégica para la aprobación y revisión formal de informes finales, los cuales contaron con la aprobación de la Dirección.

La anterior situación se presentó como consecuencia de la renuncia del Profesional Especializado, Código 2028, Grado 15, quien se encontraba desempeñando, en calidad de encargo, las funciones de Jefe de la Oficina de Control Interno hasta el mes de enero de 2026. La servidora presentó su renuncia durante ese mismo mes, haciendo efectiva su desvinculación de la entidad, lo que generó la vacancia definitiva del cargo y dio lugar a una situación administrativa temporal durante el primer semestre de 2026.

La situación fue subsanada mediante el encargo del empleo de Jefe de la Oficina de Control Interno, el cual se efectuó el 30 de junio de 2026. En consecuencia, la servidora designada tomó posesión del cargo el 1 de julio de 2026, restableciendo el normal desarrollo de las funciones propias de la dependencia y de las funciones del Jefe de la Oficina de Control Interno.

No obstante lo anterior, es importante resaltar que la Oficina de Control Interno mantuvo la continuidad en el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, de conformidad con la planeación y el cronograma establecidos. A pesar de la vacancia del cargo de Jefe de la Oficina de Control Interno durante el primer semestre de 2026, se garantizó la ejecución de las auditorías y seguimientos programados, alcanzando un avance del 45 % en la ejecución del Plan Anual de Auditoría al mes de julio, lo que permitió dar cumplimiento a las actividades previstas para dicho período.

Actualización metodológica de gestión del riesgo del DAFP

En la auditoría realizada al Proceso de Direccionamiento Estratégico - Oficina Asesora de Planeación se evidenció una brecha de actualización metodológica en Gestión del Riesgo generando una alerta temprana, se identificó una deficiencia asociada a la permanencia de políticas alineadas con versiones anteriores de las guías DAFP (Guía Versión 5). Esto podría generar rezagos frente a los requerimientos normativos recientes como el SIGRIP, la metodología COSO-ERM y la definición formal de los niveles de apetito y tolerancia al riesgo institucional. El ICANH demuestra una estructura de control interno sólida en sus bases operativas y procedimentales (1.ª y 2.ª Líneas de Defensa). Sin embargo, para elevar el nivel de madurez del Ambiente de Control y blindar la toma de decisiones estratégicas, la entidad debe concentrarse en dos acciones prioritarias para el segundo semestre relacionados con:

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

La reactivación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el nombramiento de la nuevo Jefatura en cargo de la OCI, formalizando el análisis de los informes de auditoría represados e independizando el seguimiento continuo del Plan Anual de Auditorías y dar prioridad al rediseño de la Política de Administración del Riesgo bajo la orientación de la OAP, integrando los nuevos lineamientos del DAFP (SIGRIP/COSO-ERM) y estableciendo explícitamente el apetito y tolerancia al riesgo.

COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS NIVEL DE CUMPLIMIENTO 97%

El componente de Evaluación de Riesgos para el primer semestre de 2026 presenta una baja en el porcentaje de cumplimiento del 3% al pasar del 100% al 97%.

La operatividad institucional es constante y articulada de la 2.ª Línea de Defensa – OAP, en sus dinámicas de monitoreo, seguimiento y reporte periódico.

Existe una clara trazabilidad entre el Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan de Acción Institucional (PAI), soportada en indicadores bajo la metodología SMART y el seguimiento periódico de la Alta Dirección a través del Comité Directivo y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

No obstante, el sistema afronta un riesgo de rezago metodológico y normativo debido a la dependencia continuada de lineamientos basados exclusivamente en versiones anteriores de las guías de Función Pública (Guía Versión 5), lo que requiere una actualización estratégica prioritaria hacia estándares vigentes.

Debilidades / Alerta Temprana del Componente

Se generó una alerta temprana originada en la brecha Metodológica y Normativa, derivada de la permanencia de una política de administración del riesgo alineada únicamente con la Guía Versión 5 generando un riesgo de desactualización frente a los estándares normativos del DAFP.

Se evidencia la falta de:

- Integración formal al SIGRIP (Sistema de Información de Gestión del Riesgo Pública).
- Adopción de enfoques de gestión estratégica estructurados bajo el modelo COSO-ERM.
- Definición formal e institucional de los niveles de apetito y tolerancia al riesgo.

Recomendación

Desde el enfoque MIPG, el ICANH demuestra madurez en sus mecanismos operativos de seguimiento, control y reporte periódico de riesgos (2.ª Línea). Sin embargo, para elevar la madurez del modelo y blindar la toma de decisiones estratégicas de la Alta Dirección, la entidad debe incorporar en la planeación de la siguiente vigencia la actualización metodológica de la Política de Administración del Riesgo, transitando formalmente hacia COSO-ERM e integrando los criterios de apetito y tolerancia al riesgo exigidos por el DAFP.

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

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL NIVEL DE CUMPLIMIENTO 100%

Para el primer semestre del 2026 el componente de Actividades de Control en el ICANH se mantiene en el 100%, demuestra un alto grado de diseño, operatividad y madurez técnica.

Los controles preventivos, detectivos y de supervisión están integrados de manera coherente en la operación diaria, apoyados en una sólida estructura de segregación de funciones, la actualización mediante el rediseño institucional y el Manual Específico de Funciones, un esquema riguroso de Controles Generales de Tecnologías de la Información por parte de la Oficina de Tecnologías y una política activa de actualización documental conducida por la Oficina Asesora de Planeación.

Las actividades de control no solo cubren los procesos operativos centrales de la entidad, sino que se extienden eficazmente hacia la gestión de terceros y proveedores tecnológicos de servicios críticos como son la conectividad, parque informático y sistemas contables/financieros.

Dentro de las fortalezas identificadas se tienen las siguientes:

- Segregación de Funciones y Marco Estructural: Fortalecimiento de la división de roles y responsabilidades a través de la adopción del nuevo Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Resolución 1412 de 2025). Adicionalmente, el Instituto cuenta con la capacidad de definir controles alternativos o preventivos en caso de limitaciones operativas puntuales.
- Robustez en Controles Generales de TI (CGTI) y Gobierno Digital: La Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) mantiene una arquitectura de control madura alineada con las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital. Destacan:
 - El control de accesos mediante perfiles, roles y formatos estandarizados (GTI-PR-02-FO-01).
 - Procedimientos formalizados para respaldo/restauración de datos, gestión de vulnerabilidades y mantenimiento de infraestructura.
 - Regulación estricta sobre unidades compartidas y uso de plataformas en la nube.
- Gestión Integral y Control sobre Terceros/Proveedores TIC: Monitoreo y supervisión contractual continua sobre proveedores de servicios críticos (conectividad en sedes Bogotá y Parques Arqueológicos, ERP Novasoft y nube pública), exigiendo acuerdos de confidencialidad (NDA) y la verificación periódica de los Niveles de Servicio (SLA).
- Simplicidad Organizacional e Integración Eficiente: La entidad opera bajo un único Sistema de Gestión por Procesos (MIPG) sin recurrir a certificaciones externas complejas (ISO/NTC). Aspectos como Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Seguridad de la Información se integran de manera orgánica en los procesos de Talento Humano y Tecnologías de la Información.
- Estrategia de Actualización Documental Continuada: Revisión anual de la documentación de los procesos (MC-GUI-01). Durante el primer trimestre de 2026, la OAP entregó un balance a cada

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

líder de proceso para guiar una actualización gradual priorizando caracterizaciones, manuales y procedimientos derivados del rediseño institucional.

Debilidades / Oportunidades de Mejora del Componente

- Proceso de Evaluación Independiente en Desarrollo (Tercera Línea): Si bien la primera y segunda línea de defensa ejecutan y monitorean adecuadamente los controles, el informe de auditoría independiente de la Oficina de Control Interno (OCI) enfocado en los controles tecnológicos se encuentra en fase de Informe Preliminar. Se requiere concretar la versión final de esta evaluación para validar la efectividad de los controles implementados en la OT a nivel directivo.
- Desafío Operativo por el rediseño Institucional, el ajuste gradual de los documentos del Sistema de Gestión exige un acompañamiento continuo para evitar discrepancias temporales entre los nuevos procedimientos y la ejecución real de las actividades de control en el día a día.
- Desde la perspectiva de MIPG, especialmente en las dimensiones de Gestión con Valores para el Resultado, Control Interno y Gobierno Digital), las Actividades de Control en el ICANH presentan un despliegue operativo coherente, preventivo y alineado con los riesgos institucionales.

Para mantener la efectividad del sistema, las acciones prioritarias deben enfocarse en:

- Finalizar y formalizar la evaluación independiente de la OCI sobre los Controles de TI (Tercera Línea de Defensa).
- Finalizar la actualización gradual de las caracterizaciones de proceso y manuales de operación en concordancia con el rediseño institucional vigente.

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN NIVEL DE CUMPLIMIENTO 96%

Para el primer semestre del 2026 las políticas de Gestión Documental, Gobierno Digital, Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción, y Atención al Ciudadano del ICANH reflejan un estado actual de madurez y funcionalidad operativa consistente en la dimensión de Información y Comunicación.

La entidad cuenta con:

- Sistemas de información especializados para la recolección de datos en campo y gestión operativa como Ayllu y AppPark.
- Políticas de seguridad de la información definidas.
- Una gestión activa de canales de comunicación externa e interna, y mecanismos articulados para el trámite de PQRSDF e interacción con la ciudadanía.

Sin embargo, el sistema evidencia la necesidad de formalizar jurídicamente algunos instrumentos clave de gestión documental y actualizar y soportar con evidencias recientes la medición de ciertos indicadores e instrumentos de control para consolidar el ciclo de mejora continua en la gestión pública.

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

Fortalezas del Componente de Información y Comunicación

- Los sistemas de información misionales operativos implementados en la operación de plataformas como Ayllu para el seguimiento técnico en campo y AppPark para la automatización y fiscalización de recaudos y accesos a Parques Arqueológicos, las gobernanzas de activos de información permiten la captura, procesamiento y calidad de la Información.
- La formalización del inventario y matriz de activos de información mediante la Guía, alineada con las exigencias de transparencia pasiva y activa, la amplitud de fuentes e inteligencia de amenazas: Integración de fuentes internas como monitoreo NOC, logs, backups y externas como las alertas de COLCERT, CSIRT Gobierno, MinTIC para la gestión del riesgo tecnológico y la protección del patrimonio documental.
- La aplicación del procedimiento y uso del formato para la trazabilidad y control de consultas al Archivo Central (171 consultas registradas en el I semestre de 2026).

En cuanto a la Comunicación Interna el direccionamiento directivo, con el Comité Directivo para avalar y transmitir directrices estratégicas, articuladas con la concertación de objetivos y planes de trabajo contractuales se encuentran las siguientes fortalezas:

Garantía en líneas de denuncia: Modernización y desvinculación de perfiles personales en la atención telefónica con Webex Calling, manteniendo la Línea Anticorrupción disponible e integrada al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la operativa de correspondencia interna con la activación del aplicativo de correspondencia con métricas claras (53,03 % entradas, 36,78 % memorandos, 10,18 % salidas y 0,01 % circulares).

Finalmente, en el componente de Comunicación con el Exterior y Relacionamento Ciudadano, se evidenció el fortalecimiento de los mecanismos institucionales mediante la adopción de una estructura protocolizada para las comunicaciones, la definición de procedimientos para la publicación de contenidos en el sitio web institucional, la implementación del protocolo para el manejo de redes sociales y la elaboración de una Guía para el Manejo de Crisis Comunicacionales, instrumentos que contribuyen a mejorar la gestión de las comunicaciones, la interacción con la ciudadanía y la respuesta oportuna ante situaciones que puedan afectar la imagen institucional.

Por otra parte, se generaron controles y seguimientos rigurosos a PQRSDF con la definición del Manual, designación de delegados por área, seguimiento mensual a vencimientos y emisión de alertas periódicas.

En cuanto al enfoque en el usuario y valor público, la caracterización anual de usuarios la cual fue actualizada en enero de 2026 con datos de 2025 e independización de cuestionarios de satisfacción diferenciados por cada trámite misional del Instituto.

Debilidades / Oportunidades de Mejora del Componente:

- La deficiencia de Control Formal en Gestión Documental, si bien existen guías operativas, no se han aportado los soportes del Manual de Gestión Documental vigente, la formalización de autoridades

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

mediante acto administrativo, ni las evidencias de socialización de estos lineamientos en la entidad, esto constituye una deficiencia de control en diseño/ejecución.

- Inconsistencia y Pendientes en Evidencias Documentales, no aportaron las evidencias técnicas concreta de las copias de respaldo (backups) del repositorio documental digital.
- Indicadores Desactualizados, en la evaluación de la comunicación externa, el archivo de indicadores aportado corresponde a la vigencia 2023, por lo que debe ser reemplazado por la medición del primer semestre del año en curso.
- Métricas Complementarias por Consolidar, en la comunicación interna (14.4), se requiere complementar las estadísticas del sistema de correspondencia con el volumen total de comunicaciones y los tiempos promedio de trámite para robustecer la evaluación cuantitativa.
- En el seguimiento a la percepción ciudadana (15.6), si bien se estructuraron los formularios por trámite, falta consolidar el análisis periódico y continuo de los resultados para la aplicación de planes de mejora.

Plan de Acción Recomendado

Formalización Normativa: Expedir mediante acto administrativo la actualización del Manual de Gestión Documental y efectuar las jornadas de socialización correspondientes.

Saneamiento de Evidencias: aportar el reporte de backups del repositorio digital y actualizar el indicador de gestión de comunicaciones externas a la vigencia del primer semestre evaluado.

Optimización de Métricas: Medir de manera sistemática los tiempos de respuesta de correspondencia interna y el grado de satisfacción derivado de los nuevos cuestionarios de trámites.

COMPONENTE MONITOREO NIVEL DE CUMPLIMIENTO 100%

Para el primer semestre del año 2026 el porcentaje de cumplimiento se mantuvo en el 100%, la articulación de Líneas de la 2.ª Línea (Oficina Asesora de Planeación) quienes lideran la gestión integral y el seguimiento semestral del mapa de riesgos institucionales, aportando alertas tempranas para el ajuste preventivo de los controles y la 3.ª Línea que le corresponde a la Oficina de Control Interno cuya trabajo diario realizar de manera independiente el Plan Anual de Auditorías aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante Acta 004 de 2025 y la ejecución de auditorías internas y seguimientos normativos.

El proceso de seguimiento trasciende con la medición de cronogramas y avances al PAA. Se prioriza la evaluación de la suficiencia y efectividad de las acciones implementadas para erradicar la causa raíz de los hallazgos y evitar la reincidencia.

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

En cuanto al flujo operativo establecido, las observaciones y hallazgos son socializados previamente con los líderes de proceso para concertar planes de acción antes de su formalización mediante memorando a la Dirección General y al Comité Institucional.

Se resalta la colaboración estratégica entre la OCI y la Oficina de Tecnologías de la Información para la puesta en marcha de un módulo dedicado en la plataforma ODOO, herramienta que permitirá pasar de un esquema meramente reactivo/semestral a un monitoreo permanente y en tiempo real de los Planes de Mejoramiento institucionales.

La entidad incorpora insumos de auditorías externas como fue la evaluación al SG-SST y el concepto de terceros para actualizar dinámicamente sus matrices de riesgo sin incurrir en coadministración.

Para la voz del usuario que corresponde a los PQRSDF, se realiza un monitoreo sistemático de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y felicitaciones en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, vinculando enlaces de área para subsanar fallas en los sistemas de información y tiempos de respuesta.

CONCLUSIONES

1. Para el periodo evaluado se evidencia una disminución de un punto en el cumplimiento del total de los componentes, con una calificación total para el primer semestre de la vigencia 2026 del 98%.
2. Para el semestre evaluado, se mantienen los avances significativos en las gestiones adelantadas en el área funcional de Tecnologías de la Información, aportando al cumplimiento del Sistema de Control Interno.

RECOMENDACIONES

1. Con el nombramiento en encargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, se dará continuidad al desarrollo de las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno programadas para el segundo semestre de 2026. Lo anterior permitirá fortalecer el ejercicio de seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno.
2. Aplicar el rediseño de la Política de Administración del Riesgo bajo la orientación de la OAP, integrando los nuevos lineamientos del DAFP (SIGRIP/COSO-ERM) y estableciendo explícitamente el apetito y tolerancia al riesgo, se sugiere incorporar en la planeación de la siguiente vigencia la actualización metodológica de la Política de Administración del Riesgo, transitando formalmente hacia COSO-ERM e integrando los criterios de apetito y tolerancia al riesgo exigidos por el DAFP.
3. Finalizar y formalizar la evaluación independiente de la OCI sobre los Controles de TI (Tercera Línea de Defensa).

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

4. Finalizar la actualización gradual de las caracterizaciones de proceso y manuales de operación en concordancia con el rediseño institucional vigente.
5. Formalización Normativa: Expedir mediante acto administrativo la actualización del Manual de Gestión Documental y efectuar las jornadas de socialización correspondientes.
6. Saneamiento de Evidencias: aportar el reporte de backups del repositorio digital y actualizar el indicador de gestión de comunicaciones externas a la vigencia del primer semestre evaluado.
7. Optimización de Métricas: Medir de manera sistemática los tiempos de respuesta de correspondencia interna y el grado de satisfacción derivado de los nuevos cuestionarios de trámites.

ANGIE EMMANUELA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO

Anexo: Hace parte integral de este informe el consolidado de la evaluación al Sistema de Control Interno – primer semestre de 2026.

Evaluación de riesgos	SI	97%	El componente de Evaluación de Riesgos para el primer semestre de 2026 presenta una baja en el porcentaje de cumplimiento del 3% al pasar de un cumplimiento del 100% al 97%. La operatividad institucional es constante y articulada de la 2.ª Línea de Defensa – OAP, en sus dinámicas de monitoreo, seguimiento y reporte periódico. Existe una clara trazabilidad entre el Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan de Acción Institucional (PAI), soportada en indicadores bajo la metodología SMART y el seguimiento periódico de la Alta Dirección a través del Comité Directivo y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. No obstante, el sistema afronta un riesgo de rezago metodológico y normativo debido a la dependencia continuada de lineamientos basados exclusivamente en versiones anteriores de las guías de Función Pública (Guía Versión 5), lo que requiere una actualización estratégica prioritaria hacia estándares vigentes. 2. Fortalezas del Componente • Articulación Estratégica y Medición SMART: Alineación clara entre el PEI (2023–2026) y el PAI mediante la asignación formal de responsables por proceso. Adicionalmente, los indicadores de gestión cuentan con hojas de vida estructuradas bajo criterios SMART y revisiones semestrales orientadas a la mejora continua. • Monitoreo Sistemático y Rigor Periódico: A través de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), se garantiza la revisión continua de las matrices de riesgo respetando las periodicidades fijadas: cuatrimestral para riesgos de integridad, fiscales y de seguridad de la información, y semestral para riesgos de gestión. • Instancias de Gobernanza Activas para el Riesgo: Presencia activa del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Directivo para evaluar eventuales materializaciones de riesgo, analizar el cumplimiento de objetivos y definir reorientaciones sustentadas. • Cultura de Seguridad: El seguimiento formal de políticas de administración del riesgo que contemplan la delimitación de roles y la segregación de funciones como barrera preventiva contra fraudes y actos de corrupción. 3. Debilidades / Alerta Temprana del Componente • Brecha Metodológica y Normativa (Alerta Temprana N.º 1): La permanencia de una política de administración del riesgo alineada únicamente con la Guía Versión 5 genera un riesgo de desactualización frente a los estándares normativos del DAFP. Se evidencia la falta de: • Integración formal al SIGRIP (Sistema de Información de Gestión del Riesgo Pública). • Adopción de enfoques de gestión estratégica estructurados bajo el modelo COSO-ERM. • Definición formal e institucional de los niveles de apetito y tolerancia al riesgo. 4. Conclusión Enfocada a MIPG Desde el enfoque MIPG, el ICANH demuestra madurez en sus mecanismos operativos de seguimiento, control y reporte periódico de riesgos (2.ª Línea). Sin embargo, para elevar la madurez del modelo y blindar la toma de decisiones estratégicas de la Alta Dirección, la entidad debe incorporar en la planeación de la siguiente vigencia la actualización metodológica de la Política de Administración del Riesgo, transitando formalmente hacia COSO-ERM e integrando los criterios de apetito y tolerancia al riesgo exigidos por el DAFP.
Actividades de control	SI	100%	El componente de Actividades de Control en el ICANH se mantiene en el 100%, demuestra un alto grado de diseño, operatividad y madurez técnica. Los controles preventivos, detectivos y de supervisión están integrados de manera coherente en la operación diaria, apoyados en una sólida estructura de segregación de funciones, la actualización mediante el rediseño institucional y el Manual Específico de Funciones, un esquema riguroso de Controles Generales de Tecnologías de la Información por parte de la Oficina de Tecnologías y una política activa de actualización documental conducida por la Oficina Asesora de Planeación. Las actividades de control no solo cubren los procesos operativos centrales de la entidad, sino que se extienden eficazmente hacia la gestión de terceros y proveedores tecnológicos de servicios críticos como son la conectividad, ciberseguridad y sistemas contables/fienciales. 2. Fortalezas del Componente • Segregación de Funciones y Marco Estructural: Fortalecimiento de la división de roles y responsabilidades a través de la adopción del nuevo Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Resolución 1412 de 2025). Adicionalmente, el Instituto cuenta con la capacidad de definir controles alternativos o preventivos en caso de limitaciones operativas puntuales. • Robustes en Controles Generales de TI (COTT) y Gobierno Digital: La Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) mantiene una arquitectura de control madura alineada con las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital. Destacan: • El control de accesos mediante perfiles, roles y formatos estandarizados (GTI-PR-02-FO-01). • Procedimientos formalizados para resguardo/restauración de datos, gestión de vulnerabilidades y mantenimiento de infraestructura. • Regulación estricta sobre unidades compartidas y uso de plataformas en la nube. • Gestión Integral y Control sobre Terceros/Proveedores TIC: Monitoreo y supervisión contractual continua sobre proveedores de servicios críticos (conectividad en sedes Bogotá y Parque Arqueológico, ERP Novasoft y nube de datos), exigencias de confidencialidad de la ONIA y la verificación de requisitos de los niveles de Servicio (SLA). • Simplicidad Organizacional e Integración Eficiente: La entidad opera bajo un único Sistema de Gestión por Procesos (MIPG) sin recurrir a certificaciones externas complejas (ISO/INT). Aspectos como Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Seguridad de la Información se integran de manera orgánica en los procesos de talento humano y tecnologías de la información. • Estrategia de Actualización Institucional Constante: Revisión anual de la documentación de los procesos de actualización de procedimientos y procedimientos derivados del rediseño institucional. • Actualización gradual priorizando caracterizaciones, manuales y procedimientos derivados del rediseño institucional. 3. Debilidades / Oportunidades de Mejora del Componente • Proceso de Evaluación Independiente en Desarrollo (Tercera Línea): Si bien la primera y segunda línea de defensa ejecutan y monitorean adecuadamente los controles, el informe de auditoría independiente de la Oficina de Control Interno (OCI) enfocado en los controles tecnológicos se encuentra en fase de Informe Preliminar. Se requiere concretar la versión final de esta evaluación para validar la efectividad de los controles implementados en la OT y nivel directivo. • Diseño Operativo por Rediseño Institucional: El ajuste gradual de los documentos del Sistema de Gestión exige un acompañamiento continuo para evitar discrepancias temporales entre los nuevos procedimientos y la ejecución real de las actividades de control en el día a día. Desde la perspectiva de MIPG, igualmente en las dimensiones de Gestión con Valores para el Resultado, Control Interno y Gobierno Digital, las Actividades de Control en el ICANH presentan un despliegue operativo coherente, preventivo y alineado con los riesgos institucionales. 3. Debilidades / Oportunidades de Mejora del Componente • Robustez y efectividad del sistema: Las acciones prioritarias deben enfocarse en: 1. Cumplir y formalizar la evaluación independiente de la OCI sobre los Controles de TI (Tercera Línea de Defensa). 2. Cumplir la actualización gradual de las Caracterizaciones de proceso y manuales de operación en concordancia con el rediseño institucional vigente.
Información y comunicación	SI	96%	Las políticas de Gestión Documental, Gobierno Digital, Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción, y Atención al Ciudadano—, el ICANH refleja un estado actual de madurez y funcionalidad operativa sólido en la administración de información institucional. La entidad cuenta con sistemas de información especializados para la recolección de datos en campo y gestión operativa como Appy y AppRip, políticas de seguridad de información definidas, una gestión activa de canales de comunicación externa e interna, y mecanismos articulados para el trámite de PQRSD e interacción con la ciudadanía. Sin embargo, el sistema evidencia la necesidad de formalizar jurídicamente algunos instrumentos clave de gestión documental y actualizar y soportar con evidencias recientes la medición de ciertos indicadores e instrumentos de control para consolidar el ciclo de mejora continua en la gestión pública. 3. Fortalezas del Componente de Información y Comunicación. Se tienen la Cultura, Procedimiento y Calidad de la Información, los sistemas de información, los canales operativos, implementación y operación de plataformas como Appy para el seguimiento técnico en campo y la automatización y focalización de recaudos y accesos a Parques Arqueológicos, la gobernanza de activos de información: Formalización del inventario y matriz de activos de información mediante la cual, alineado con las exigencias de transparencia pasiva y activa, la amplitud de fuentes e inteligencia de amenazas; Integración de fuentes internas como monitoreo NCL, logs, backups y externas como las alertas de COLCERT, CSIRT, Gobierno, MITIC para la gestión del riesgo tecnológico y la protección del patrimonio documental; Aplicación del procedimiento y uso del formato para la trazabilidad y control de documentos de Activo Central (CI) y registros registrados en la Oficina de 2026). En cuanto a la Comunicación Interna el direccionamiento directivo, con el Comité Directivo para avalar y transmitir directrices estratégicas, articuladas con la concreción de objetivos y planes de trabajo contractuales. Garantía en líneas de función: Modernización y digitalización de perfiles personales en la atención telefónica con Webex Calling, manteniendo la Línea Activa con un 99% de disponibilidad e integrada al Programa de Transparencia y Ética Pública (PEP), la operatividad de correspondencia interna con la activación del aplicativo de correspondencia con métricas diarias (13,01 % salidas, 36,78 % memorandos, 10,18 % salidas y 0,01 % ocurrencias), y por último la comunicación con el Externo y Atención al Ciudadano en donde se realizó la estructura procesal de las comunicaciones, la disponibilidad de procedimientos para publicación web, el protocolo de redes sociales y una Guía para Manejo de Crisis comunicacionales. Control y seguimiento riguroso a PQRSD: Definición del Manual, asignación de delegados por área, seguimiento mensual y venenantes y emisión de alertas periódicas. Enfoque en el usuario y valor público: Caracterización anual de usuarios la cual fue actualizada en enero de 2026 con datos de 2025 e indexación de cuestionarios de satisfacción diferenciados por cada trámite mensual del trámite. 2. Debilidades / Oportunidades de Mejora del Componente: La deficiencia de Control Formal en Gestión Documental, si bien existen guías operativas, no se han aportado los soportes del Manual de Gestión Documental vigente, la formalización de actividades mediante acta administrativo, ni las evidencias de actualización de estos lineamientos en la entidad. Esto constituye una deficiencia de control en diseño/ ejecución. • Inconsistencia y pendientes en Evidencias Documentales: • Copias de Respaldo: Queda pendiente aportar la evidencia técnica concreta de las copias de respaldo (backup) del repositorio documental digital. • Indicadores Desactualizados: En la evaluación de la comunicación externa, el archivo de indicadores aportado corresponde a la vigencia 2023, por lo que debe ser reemplazado por la medición del primer semestre del año en curso. • Métricas Complementarias por Canalizar: En la comunicación interna (14.4), se requiere complementar las estadísticas del sistema de correspondencia con el volumen total de comunicaciones y los tiempos promedio de trámite para robustecer la evaluación cuantitativa. En el seguimiento a la gestión ciudadana (15.6), si bien se estructuraron los formatos por trámite, falta consolidar el análisis periódico y continuo de los resultados para la aplicación de planes de mejora. 3. Plan de Acción Recomendado 1. Formalización Normativa: Depurar mediante acto administrativo la actualización del Manual de Gestión Documental y efectuar las jornadas de socialización correspondientes. 2. Saneamiento de Evidencias: Aportar el reporte de backups del repositorio digital y actualizar el indicador de gestión de comunicaciones externas a la vigencia del primer semestre evaluado. 3. Optimización de Métricas: Medir de manera sistemática los tiempos de respuesta de correspondencia interna y el grado de satisfacción derivado de los nuevos cuestionarios de trámite.
Monitoreo	SI	100%	Articulación de Líneas de la 2.ª Línea (Oficina Asesora de Planeación): Lidera la gestión integral y el seguimiento semestral del mapa de riesgos institucionales, aportando alertas tempranas para el ajuste preventivo de los controles y la 3.ª Línea (Oficina de Control Interno) quienes cumplen de manera independiente la planeación aprobación del PMA en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante Acta OD4 de 2025 y la ejecución de auditorías internas y seguimientos normativos. Análisis Cualitativo: El proceso de seguimiento trasciende la mera medición de cronogramas y avances físicos. Se prioriza la evaluación de la suficiencia y efectividad de las acciones implementadas para erradicar la causa raíz de los hallazgos y evitar la reincidencia. Flujo Operativo Establecido: Las observaciones y hallazgos son socializados previamente con los líderes de proceso para concertar planes de acción antes de su formalización mediante memorando a la Dirección General y al Comité Institucional. Modernización Institucional: Se resalta la colaboración estratégica entre la OCI y la Oficina de Tecnologías de la Información para la puesta en marcha de un módulo dedicado en la plataforma Dodo. Impacto: Esta herramienta permite pasar de un esquema meramente reactivo/semestral a un monitoreo permanente y en tiempo real de los Planes de Mejoramiento Institucionales. Valoración de Miradas Externas: La entidad incorpora insumos de auditorías externas (como la evaluación al SG-SST) y el concepto de terceros para actualizar dinámicamente sus matrices de riesgo sin incurrir en coadministración. Voz del Usuario (PQRSO): Se realiza un monitoreo sistemático de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y felicitaciones en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, vinculando enlaces de área para subsanar fallas en los sistemas de información y tiempos de respuesta.


Angie Emmanuela González Sánchez
Jefe de Control Interno (E)