

**PLAN DE TRABAJO PRACTICA ADMINISTRATIVA – OPCIÓN DE GRADO**  
**INFORME FINAL**

**JESUS ANDRES VILORIA ALVAREZ**

**ADMINISTRACION PUBLICA - SEDE CENTRAL**

**ESAP**  
**2023-2**

## Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Objetivo general .....</b>                                     | <b>4</b>  |
| <b>Objetivos Específicos.....</b>                                 | <b>4</b>  |
| <b>Metodología.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Fases.....</b>   | <b>4</b>  |
| Primera fase.....   | 4         |
| Segunda fase: .....   | 5         |
| Tercera fase: .....   | 5         |
| <b>Alcances y Limitaciones.....</b>                               | <b>5</b>  |
| <b>Cronograma .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Contexto y Antecedentes .....</b>                              | <b>7</b>  |
| <b>Generalidades .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Instituto Caro y Cuervo .....</b>                              | <b>8</b>  |
| <b>Organigrama Instituto Caro y Cuervo.....</b>                   | <b>8</b>  |
| Planta Formal .....   | 8         |
| Planta Informal.....  | 8         |
| <b>Contexto Unidad Gestión de Control Interno.....</b>            | <b>9</b>  |
| <b>Actividades.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>1. Fase 1.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.1. Revisión Antecedentes – MDI 2021 .....</b>                | <b>10</b> |
| <b>1.2. Consulta de Documentación existente .....</b>             | <b>12</b> |
| <b>1.3. Posibles necesidades encontradas con la revisión.....</b> | <b>18</b> |
| <b>2. Fase 2.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>2.1. Matriz.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>2.1.1. Matriz de operacionalización de variables.....</b>      | <b>18</b> |
| <b>2.1.2. Matriz de Probabilidad/Impacto .....</b>                | <b>21</b> |
| <b>2.2. Análisis Relacional .....</b>                             | <b>26</b> |
| <b>3.1. Fase 3.....</b>   | <b>27</b> |
| <b>3.1.1. Plan de Mejoramiento.....</b>                           | <b>27</b> |
| <b>Conclusiones .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>Resumen Analítico .....</b>                                    | <b>28</b> |
| <b>Bibliografía .....</b>   | <b>31</b> |

## **Introducción**

Haciendo cumplimiento al plan de estudios contemplados para el pregrado de Administración Pública conforme al Acuerdo 015 del 23 de julio 2008 - ESAP. Las prácticas administrativas están establecidas como alternativa u opción de trabajo de grado para los estudiantes de la Escuela Superior de Administración Pública - ESAP que cumplan con los requisitos, estas deben fundamentarse en el propósito de proveer al estudiante del medio idóneo para consolidar su proceso integral de formación que le permita la ampliación de su conocimiento y capacidades.

Dado lo anterior el siguiente documento previamente establecido por un plan de trabajo partiendo de la experiencia en esa práctica, buscó encontrar un punto de diagnóstico que evidencie falencias, deficiencias o necesidades específicas a la hora de abordar los procesos o productos dentro de la dependencia de control interno del Instituto Caro y Cuervo, para de ser necesario establecer y/o proponer acciones que permitan mitigar los impactos negativos generados por los malos procesos ejecutados.

Dentro de este documento se podrá encontrar los objetivos junto con un cronograma con el fin de establecer los tiempos en los que se resuelve el interrogante que da como origen este plan de trabajo. En un segundo momento se encuentra evidenciado los productos obtenidos por cada una de las fases propuestas más adelante en el documento.

## **Objetivo general**

Identificar deficiencias, falencias o necesidades en los procesos y/o productos de control interno del Instituto Caro y Cuervo, para establecer un plan de mejora que contenga las acciones preventivas y/o correctivas para la mejora de procesos administrativos dentro de la dependencia de Control Interno del Instituto Caro y Cuervo.

## **Objetivos Específicos**

- Analizar los procesos ejecutados en la dependencia, establecer un diagnóstico y clasificar las necesidades encontradas.
- Realizar una matriz de riesgos de acuerdo con las necesidades evidenciadas.
- Proponer un plan de mejora que plantee acciones preventivas y/o correctivas requeridas para la correcta ejecución de los procesos dentro de la dependencia diagnosticada.

## **Metodología**

La Práctica Administrativa se desarrolla bajo 3 etapas las cuales comprendieron una etapa inicial, etapa intermedia y finalmente la etapa de cierre que se denomina final y evaluativa. Dentro de estas etapas también se desarrollan 3 fases para cumplir con el objetivo de este trabajo.

Cada una de las etapas será evaluada mediante el asesor académico nombrado por la institución, Escuela Superior de Administración Pública- ESAP junto con recomendaciones dictadas por la persona designada por la entidad pública para el desarrollo de las prácticas.

## **Fases**

**Primera fase:** En esta fase del trabajo se realizó el análisis y diagnóstico realizando la clasificación de las necesidades evidenciadas en la dependencia de Control Interno del

Instituto caro y Cuervo, teniendo en cuenta de la documentación existente.

Segunda fase: Con la clasificación de necesidades evidenciadas en el análisis y diagnóstico de la dependencia, se dio inicio a contrastar estas necesidades con una matriz de riesgos (probabilidad e impacto) además de una matriz de operacionalización de necesidades.

Tercera fase: Se propuso un plan de mejora con las acciones correctivas requeridas para la mejora de la necesidad establecido como más crítica.

### **Alcances y Limitaciones**

El alcance de este documento es la elaboración de una propuesta de plan de mejora, en cuanto a los riesgos encontrados en la fase de diagnóstico de los procesos de la dependencia en la entidad.

Una de las limitaciones encontradas es que al momento de presentar el plan de mejora la entidad, ya habrá finalizado varios de los procesos a ejecutar en el presente año, por lo que, una posible implementación de las acciones correctivas quedará a consideración de la entidad y la dependencia correspondiente.

Igualmente la practica al disponer de un tiempo límite de 5 meses no se podrá evaluar los resultados para analizar la efectividad del plan de mejora propuesto.

### **Cronograma**

| <b>Etapa</b> | <b>Fechas</b>        | <b>Instrumento de Gestión</b> | <b>Contenido</b>                                       |
|--------------|----------------------|-------------------------------|--|
|              | <b>1 agosto 2023</b> | Inicio Practica               | Fecha de inicio de practica para un periodo de 5 meses |

|                   |                          |                                  |  |
|-------------------|--------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Inicial</b>    | <b>Agosto 2023</b>       | Designación de Asesor académico  | La ESAP asignará el asesor académico de la Práctica, que será un docente vinculado a la institución  |
| <b>Intermedia</b> | <b>9 octubre 2023</b>    | Presentación Primer Informe      | Presentación del Primer Informe del Plan de Trabajo.   |
|                   | <b>22 noviembre 2023</b> | Presentación del Segundo Informe | Entrega Segundo Informe del Plan de Trabajo Un (1) mes después de presentado el primer Informe. Donde se evidencia la realización completa de las fases 1 y 2 mencionadas en la metodología, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por el asesor antes de la misma. |

|                           |                             |  |   |
|---------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Final y Evaluativa</b> | <b>1-15 Diciembre 2023</b>  | Retroalimentación final y ajustes previos a la entrega final | Se acordará con el tutor designado por la ESAP una sesión para acordar modificaciones para la entrega del informe final |
|                           | <b>20-24 diciembre 2023</b> | Presentación y sustentación Informe Final                    | Presentación del informe final luego de terminado los 5 meses de la practica con la entidad.                            |
|                           | <b>29 diciembre 2023</b>    | Finalización de la practica                                  | Evaluación por parte del tutor y desvinculación de la entidad   |

## Contexto y Antecedentes

### Generalidades

El **Instituto Caro y Cuervo** (ICC) fue creado en 1942 mediante la Ley 5ª del 25 de agosto de 1942. Según la normatividad se establece que el instituto “es un establecimiento público del orden nacional de investigación científica y de carácter docente cuyos objetivos son cultivar la investigación científica en los campos de la lingüística, la filología, la literatura, las humanidades y la historia de la cultura colombiana, y fomentar estos estudios mediante la difusión de estos y la enseñanza superior para la formación de profesores y especialistas en las mencionadas disciplinas”. (Caro y Cuervo, 2023)

En la actualidad, el ICC trabaja en cooperación con otras instituciones gubernamentales y académicas, en la formulación de proyectos que le permiten llevar a cabo sus objetivos misionales. Cuenta con la Facultad Seminario Andrés Bello, unidad docente del Instituto Caro y Cuervo, que fue fundada en 1957 como el Centro Andrés Bello.

Partiendo de lo anterior el artículo 269 de la Constitución Política dispone que, en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley. (Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 269).

Así mismo la ley 87 de 1993 establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y dispone que el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará, entre otros aspectos, a la protección de los recursos de la organización y a la adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten y a la aplicación de medidas para prevenir, detectar y corregir las desviaciones que se presenten al interior y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Finalmente, el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP establece en su guía de auditoría interna que, el Plan Anual de Auditorías es una herramienta que permite definir los procesos que serán objeto de evaluación en la vigencia, así como los medios a través de los cuales serán realizadas las evaluaciones, los objetivos, metodología, el alcance,

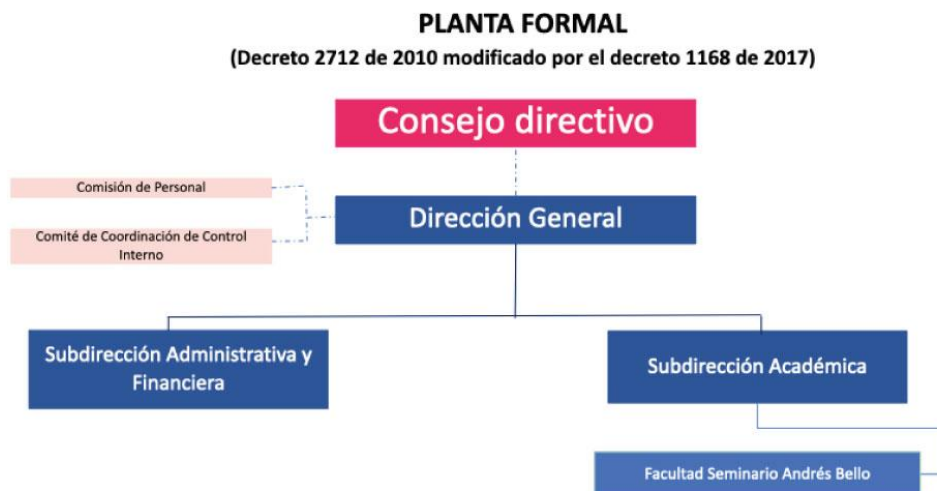
los responsables de los procesos auditados. Igualmente destaca que El Plan Anual de Auditorías es el documento formulado por el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces en la entidad, cuya finalidad es planificar y establecer los trabajos a cumplir anualmente para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control.

### **Instituto Caro y Cuervo**

Se muestra la organización formal e informal del ICC.

### **Organigrama Instituto Caro y Cuervo**

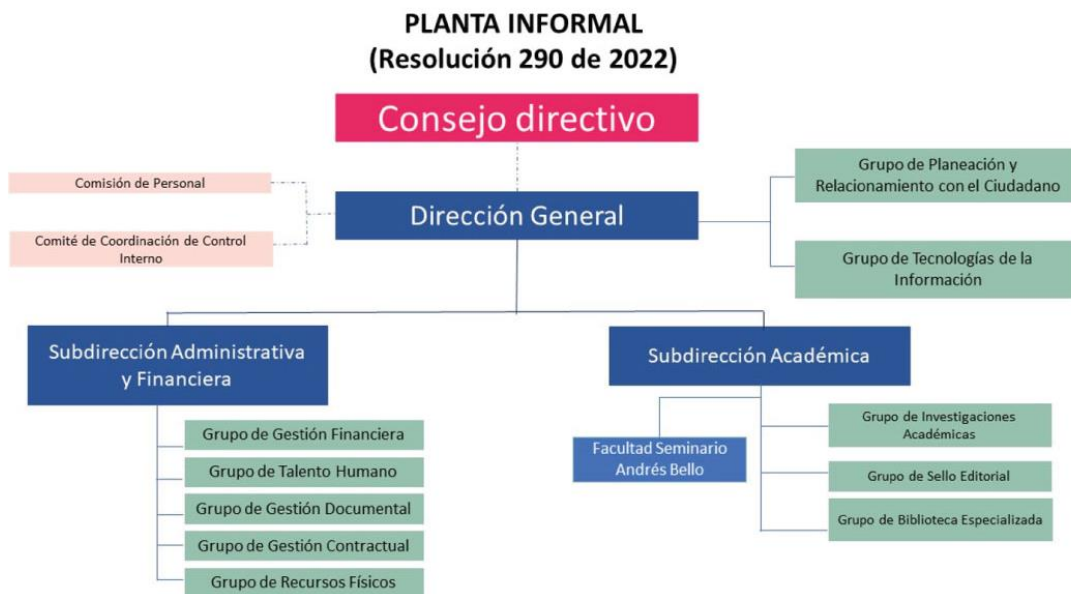
#### Planta Formal



*Ilustración 1, Tomado de Caro y Cuervo*

#### Planta Informal





*Ilustración 2, tomado de Caro y Cuervo*

Teniendo en cuenta la normatividad que señala el funcionamiento de ICC, se puede evidenciar que a partir de su planta formal esta entidad está conformada por una dirección general de la que se desprenden dos subdirecciones, así mismo, esta entidad contiene un comité permanente que es el comité de coordinación de control interno (CICCI) que es el encargado de la articulación del sistema de control interno. Mientras tanto la conformación de su planta informal está compuesta por 10 (diez) grupos internos de trabajo que permiten el cumplimiento de sus funciones misionales.

### **Contexto Unidad Gestión de Control Interno**

Una unidad de Control Interno teniendo en cuenta las guías específicas expuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, (DAFP), y la normatividad vigente como el artículo 9 de la ley 87 de 1993, establece que estas unidades están encargadas de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Igualmente sus propósitos son los de proteger los recursos de la organización buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación. (Congreso de la República de Colombia, 1993, Ley 87, Artículo 2)

En este orden de ideas, se puede sintetizar que las Unidades de Control Interno o según sea el caso unidades de Auditoría Interna, son las encargadas de hacer la medición y evaluación en aspectos como la eficiencia, la eficacia y la economía de los demás controles presentes en las entidades, teniendo principalmente un rol de asesoramiento a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación y formulación de mejoras de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos para el cumplimiento del objeto de cada entidad.

Partiendo de la contextualización anterior se hace un análisis del estado del sistema de control interno dentro de la unidad correspondiente durante los últimos 2 años para establecer que tipos de necesidades pueden existir actualmente en la entidad.

## **Actividades**

### **1. Fase 1.**

#### **1.1. Revisión Antecedentes – MDI 2021**

En primera medida, y con el fin de hacer más precisa la búsqueda de necesidades en los procesos y productos dentro la unidad de control interno, se hace referencia al estado del sistema de control interno dispuesto en el FURAG con corte al año 2021.

# I. Resultados generales

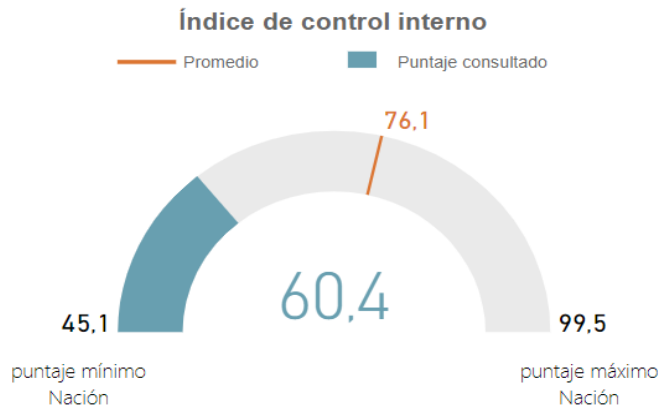


Ilustración 3, Resultados generales MECI (FURAG), 2021, tomado de: MDI - Función Pública

Según la información del puntaje obtenido en la medición del desempeño institucional (ilustración 3), del FURAG disponible a corte del 2021, el ICC en su desempeño de control interno obtuvo un puntaje de 60.4 estando por debajo del promedio nacional que se encuentra en 76.1 que evidencia que para el año 2021 la unidad de control interno necesitaba varias medidas correctivas.

## II. Índices de desempeño de los componentes MECI

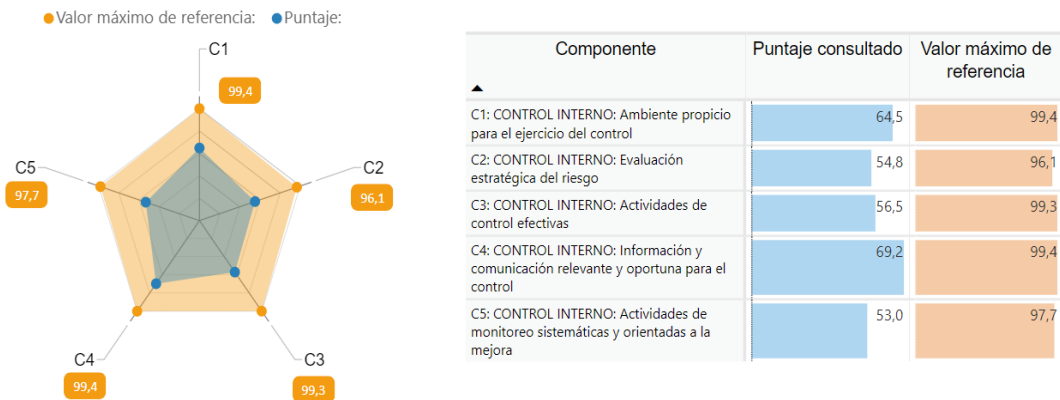


Ilustración 4, Resultados Componentes MECI (FURAG), 2021, tomado de: MDI - Función Pública

Igualmente partiendo de los resultados compartidos en la ilustración 4, donde se evidencia los resultados en los 5 componentes MECI, se evidencia varias problemáticas en cada uno de

los componentes donde los resultados no tienen un cumplimiento mayor al 69%, y donde se evidencia que los componentes más críticos son; el componente 2 correspondiente a evaluación estratégica del riesgo y el componente 5 correspondiente a actividades de monitoreo sistemáticas orientadas a la mejora, estos bajos porcentajes de cumplimiento en cada uno de los componentes da por resultado una lista de 138 (ciento treinta y ocho), recomendaciones para la mejora de la entidad a corregir para la vigencia del 2022.

## 1.2. Consulta de Documentación existente

### 1.2.1. Revisión Estado del sistema control interno 2022

Partiendo de la lista de recomendaciones que se dieron en el periodo 2021, se hace un recuento de cómo se encontró el estado del sistema de control interno de la entidad para el periodo 2022.

Según la documentación ofrecida directamente por la entidad en su informe del estado del sistema de control interno para con fecha de Noviembre de 2022, este se encontraba alrededor del 74% de cumplimiento de los compromisos.



*Ilustración 5, Estado SCI 2022, tomado de Instituto Caro y Cuervo*

Igualmente, en las siguientes ilustraciones (*Ilustración 6 e Ilustración 7*) se puede ver el avance significativo en el cumplimiento de los compromisos en cada uno de los componentes sobre todo las medidas correspondientes a el cumplimiento del componente 5, correspondiente a monitoreo, donde para 2021 se encontraba alrededor del 53% de cumplimiento mientras que para la fecha de realización del informe correspondiente a 2022

ya se encontraba alrededor de un 67% , así mismo, el componente 3, correspondiente a actividades de control efectivas que, para el cierre del 2021 se encontraba en alrededor del 59% y para el cierre de 2022 ya se encontraba en casi un 80%.

### Componente 1,2 y 3

| Componente             | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente |
|------------------------|---|----------------------------------|
| Ambiente de control    | Si  | 85,4%                            |
| Evaluación de riesgos  | Si  | 64,7%                            |
| Actividades de control | Si  | 79,2%                            |

Ilustración 6, Estado SCI 2022, tomado Caro y Cuervo

### Componente 4 y 5

| Componente                 | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| Información y comunicación | Si  | 67,9%                            |
| Monitoreo                  | Si  | 67,9%                            |

Ilustración 7, Estado SCI 2022, tomado de Caro y Cuervo

Teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por la medición del FURAG y el estado del sistema de control interno a corte de año 2022, se puede hacer un hallazgo de las siguientes debilidades en cada uno de los componentes;

C1, Ambiente de Control: Ineficacia de las acciones que integran los planes de mejoramiento derivados de informes de evaluación; Ausencia de indicadores que evidencien el impacto de las capacitaciones contempladas en el Plan Institucional de capacitación.

C2, Evaluación de Riesgos: Ausencia de análisis de riesgos desde la alta dirección frente a la suscripción de contratos de servicios tercerizados; Sin evidencia del análisis de factores internos y externos que afecten la administración de los riesgos institucionales.

C3, Actividades de Control: Ausencia de análisis de riesgos desde la alta dirección frente a la suscripción de los contratos; Sistema de gestión con falencias en su integración.

C4, Información y Comunicación: Ausencia de directrices oportunas para organizar la documentación generada durante el periodo de la emergencia sanitaria; Inadecuado manejo de la documentación que se almacena en el OneDrive; Implementación parcial de los instrumentos archivísticos que impactan la salvaguarda de la información interna.

C5, Monitoreo: Ausencia de autoevaluaciones bajo el liderazgo de la segunda línea de control frente a los planes de mejoramiento; Bajo compromiso para gestionar planes de mejoramiento de entes externos y de auditorías internas

Lo anterior nos permite mostrar que la entidad tiende a tener mayores debilidades en los componentes 2 y 4 y en los procesos que involucran la gestión documental de la entidad.

### *1.2.2. Revisión Estado del sistema control interno Primer semestre 2023*

Dado lo anterior, se puede entrar a analizar el estado del sistema de control interno de la entidad en el primer semestre del año 2023, para poder determinar que debilidades de las

anteriormente nombradas han sido subsanadas o cuales en cuyo caso todavía se encuentran presentes o han empeorado.



*Ilustración 8, Estado SCI 2023, tomado de Instituto Caro y Cuervo*

El informe disponible del estado del sistema de control interno dispuesto por la entidad nos permite evidenciar, que el porcentaje de cumplimiento de compromisos con corte a junio de 2023 se encuentra en el mismo porcentaje que para el 2022, es decir, alrededor del 74%.

### Componente 1,2 y 3

| Componente             | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente |
|------------------------|---|----------------------------------|
| Ambiente de control    | Si  | 83,3%                            |
| Evaluación de riesgos  | Si  | 64,7%                            |
| Actividades de control | Si  | 62,5%                            |

Ilustración 9, Estado SCI 2023, tomado de Instituto Caro

y Cuervo

### Componente 4 y 5

| Componente                 | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| Información y comunicación | Si  | 85,7%                            |
| Monitoreo                  | Si  | 67,9%                            |

Ilustración 10, Estado SCI 2023, tomado de Instituto caro y cuervo

Dado el estado del sistema para el primer semestre de este año se encuentra, que los componentes 1, 2 y 5, prácticamente no tuvieron variación respecto a la vigencia del 2022, sin embargo, el componente 4, tuvo un importante avance en materia de cumplimiento respecto a la última vigencia, caso contrario del componente 3, que tuvo una reducción de



casi el 17% con relación a el mismo en la vigencia del 2022. Por lo que pasa a ser para el 2023 el componente con mayor índice de problemas y que puede indicar un mayor número de debilidades presentes para el sistema de control interno de la entidad.

Partiendo del análisis de cumplimiento se presenta una lista de debilidades por cada uno de los componentes;

C1, Ambiente de Control: Ineficacia de las acciones que integran los planes de mejoramiento derivados de informes de evaluación; Ausencia de indicadores que evidencien el impacto de las capacitaciones contempladas en el Plan Institucional de capacitación; Ausencia de indicadores que evidencien la gestión por procesos

C2, Evaluación de Riesgos: Ausencia de análisis de riesgos desde la alta dirección frente a la suscripción de contratos de servicios tercerizados; Sin evidencia del análisis de factores internos y externos que afecten la administración de los riesgos institucionales; sin evidencia de los avances del cronograma de rediseño institucional ICC.

C3, Actividades de Control: Ausencia de análisis de riesgos desde la alta dirección frente a la suscripción de los contratos; Debilidades en la documentación de la investigación y análisis de eventos de la materialización de riesgos; La Unidad de Control Interno no cuenta con un Auditor con perfil tecnológico que pueda evaluar los controles implementados por el proveedor de servicios.

C4, Información y Comunicación: Caracterización de los grupos de interés no incluye todos los grupos de interés identificados en portafolio de servicios del ICC; Inadecuado manejo de la documentación que se almacena en el OneDrive; Sin respuesta a la actualización de la Matriz Legal por parte de algunos procesos.

C5, Monitoreo: Bajo compromiso para gestionar planes de mejoramiento de entes externos y de auditorías internas; Pendiente definición de la metodología de integración de planes institucionales para mejorar su monitoreo.

### **1.3. Posibles necesidades encontradas con la revisión**

Dado lo anterior y el análisis realizado sobre el estado de sistema de control interno de la entidad en los últimos 2 (dos) años, podemos ver qué, a partir de las debilidades encontradas principalmente del componente 3 que para la vigencia 2023 evidencia posible deterioro, se propone una lista de las posibles necesidades en las que se puede trabajar para la formulación de un plan de mejora, estas son.

- Debilidad en la documentación de la investigación y análisis de eventos de la materialización de riesgos.
- No existe definición de la metodología de integración de planes institucionales para mejorar su monitoreo.
- Deficiencias en la gestión documental de la entidad.
- Bajo compromiso para gestionar planes de mejoramiento de entes externos y de auditorías internas

## **2. Fase 2.**

### **2.1. Matriz**

#### **2.1.1. Matriz de operacionalización de variables**

Teniendo en cuenta las posibles necesidades encontradas en la revisión de la fase 1 se dispuso la realización de una matriz de operacionalización de las necesidades, que permitió establecer principalmente características de las posibles necesidades, donde se establecen las definiciones conceptuales, dimensiones a las cuales pertenece cada una, los indicadores que pueden evidenciarse y las deficiencias en cada una de las necesidades. *Ver Anexo\_1.*

En primera medida en la realización de la matriz de operacionalización de las variables se dispuso de listar las necesidades a trabajar para su identificación completa y estas necesidades son;

1. Gestión Documental
2. Planes Institucionales
3. Planes de Mejoramiento
4. Materialización de Riesgos

De la lista anteriormente trabajada, se puede expresar que las necesidades expuestas en la matriz se encuentran incluidas principalmente en dos (2) componentes del sistema de control interno y estos son;

1. Información y Comunicación
2. Monitoreo – Actividades de Control

| <b>Variable</b>                           | <b>Componente - Dimensiones</b>           |
|---|---|
| <b>Gestion Documental</b>                 | <b>Informacion y Comunicación</b>         |
| <b>Planes Institucionales - monitoreo</b> | <b>Monitoreo - Actividades de Control</b> |
| <b>Planes de Mejoramiento</b>             | <b>Monitoreo</b>                          |
| <b>Materializacion de Riesgos</b>         | <b>Actividades de Control</b>             |

*Ilustración 11, Tomado de: Realización Propia (Anexo\_1)*

Partiendo de esa identificación de las necesidades y sus componentes, en la matriz también, se encuentra expuesto los indicadores que pueden llegar a evidenciar el cumplimiento dentro de la entidad de esas variables, así como las deficiencias encontradas en las mismas.

| Indicadores   | Deficiencias   |
|---|--|
| 1) Porcentaje documentación de archivos de gestión con TRD aplicada correctamente.<br>2) Actualización TRD junto con los procesos de la entidad | * Inadecuado manejo de documentación en ONEDRIVE                         |
| 1) Cumplimiento Actividades en el tiempo correspondiente<br>2) Porcentaje de Actividades Con Cumplimiento, Vencimiento, Sin iniciar             | * No existencia de metodología para monitoreo                            |
| 1) Porcentaje cumplimiento de los planes de mejoramiento<br>2) Porcentaje de Implementación de mejoras  | *Falta de compromiso para la gestión de los planes de mejoramiento       |
| 1) Reducción Probabilidad de riesgos e impacto  | *Debilidad en la documentación y análisis de materialización de riesgos. |

*Ilustración 12, Tomado de: Realización Propia (Anexo\_1)*

### **2.1.2. Matriz de Probabilidad/Impacto**

En segunda medida y teniendo en cuenta la identificación previa de las necesidades, se pasó a evaluar esas necesidades en una matriz de probabilidad/impacto, esto con el objetivo de establecer cual o cuales necesidades poseen un mayor riesgo y es prudente generar unas medidas correctivas o de mejora a implementar.

En primer lugar, se pasó a listar las necesidades junto con sus deficiencias ya evidenciadas en la matriz anterior, dando como resultado el siguiente;

| Proceso/Componente                 | Deficiencias                                 |
|------------------------------------|--|
| Gestion Documental                 | Manejo Documentacion en OneDrive             |
| Planes Institucionales - monitoreo | Metodologia Monitoreo Planes Institucionales |
| Planes de Mejoramiento             | Ejecucion de los planes de Mejoramiento      |
| Materializacion de Riesgos         | Analisis de la Materializacion de Riesgos    |

*Ilustración 13, Tomado de: Realización Propia, (Anexo\_2)*

A partir de la lista anterior (*Ilustración 13*), se pasó a identificar eventos que causan esas deficiencias así mismo también algunas consecuencias que esas deficiencias generan, donde aproximadamente por necesidad se pueden identificar un aproximado de tres (3) eventos, dando como resultado la siguiente información;

| Deficiencias                                 | Eventos causa/consecuencia de la deficiencia  |
|--|---|
| Manejo Documentacion en OneDrive             | Documentacion sin organizar respecto a las TRD  |
|  | No Sincronizacion de documentacion en aplicativo OneDrive   |
|  | Perdida o Deterioro de documentacion fisica   |
| Metodologia Monitoreo Planes Institucionales | No integracion planes para correcto monitoreo   |
|  | Emision erronea de conclusiones respecto a monitoreo  |
|  | Diseños metodológicos (técnicas de recolección y tecnologías) inapropiados y/o desactualizadas de evidencias  |
| Ejecucion de los planes de Mejoramiento      | No compromiso personal con el cumplimiento  |
|  | Inadecuada apropiación en los temas y términos para dar respuesta por parte de los funcionarios de la entidad |
|  | Normatividad cambiante puede no ser conocida y aplicada   |
|  | Dificultad en el seguimiento y evaluacion de los procesos de la entidad                                       |
| Analisis de la Materializacion de Riesgos    | Inexistencia y/o desactualización de los sistemas de información  |
|  | Manipulación de la información en el seguimiento de los planes de mejoramiento                                |
|  | Desconocimiento legislativo sobre procesos  |

Ilustración 14, Tomado de: Realización Propia, (Anexo\_2)

- **Manejo Documentación en OneDrive:** En esta primera deficiencia se encuentra principalmente fallos en el manejo de las Tablas de Retención Documental (TRD), que posibilita consecuencias en la gestión documental de la entidad.
- **Metodología Monitoreo Planes Institucionales:** Los principales eventos encontrados acá es que la falta de metodología clara para un monitoreo de planes institucionales ocasiona conclusiones erróneas en los monitoreos, no integración entre planes.

- **Ejecución Planes Mejoramiento:** En esta tercera deficiencia se evidencia principalmente que el compromiso del personal con el cumplimiento de la ejecución de los planes ocasiona, dificultad en el seguimiento y evaluación de estos, inapropiada apropiación de los temas.
- **Análisis de la Materialización de Riesgos:** Finalmente en la última deficiencia analizada los eventos resultantes dan como conclusiones principales, un desconocimiento de él como se deben analizar los posibles eventos que puedan conducir a generar riesgos en la entidad.

Finalmente, para completar la matriz, se ha realizado una escala de riesgos;

| ESCALA DE RIESGOS |           |           |           |           |           |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                   | Impacto   |           |           |           |           |
|                   | Mínimo    | Moderado  | Serio     | Elevado   | Grave     |
| Probabilidad      | 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
| Frecuente         | Aceptable | Aceptable | Tolerable | Alto      | Alto      |
| Recurrente        | Bajo      | Aceptable | Tolerable | Alto      | Alto      |
| Posible           | Bajo      | Aceptable | Aceptable | Tolerable | Alto      |
| Inusual           | Bajo      | Bajo      | Aceptable | Aceptable | Alto      |
| Remota            | Bajo      | Bajo      | Bajo      | Aceptable | Tolerable |

*Ilustración 15, Tomado de: Realización Propia, (Anexo\_2)*

Esta escala de riesgos permitió establecer los niveles de riesgos de las necesidades anteriormente mostradas en las ilustraciones anteriores.



| Eventos causa/consecuencia de la deficiencia  | Probabilidad | Impacto  | Nivel de Riesgo |
|---|--------------|----------|-----------------|
| Documentacion sin organizar respecto a las TRD  | Frecuente    | Serio    | Tolerable       |
| No Sincronizacion de documentacion en aplicativo OneDrive   | Recurrente   | Moderado | Aceptable       |
| Perdida o Deterioro de documentacion fisica   | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| No integracion planes para correcto monitoreo   | Recurrente   | Elevado  | Alto            |
| Emision erronea de conclusiones respecto a monitoreo  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| Diseños metodológicos (técnicas de recolección y tecnologías) inapropiados y/o desactualizadas de evidencias  | Posible      | Elevado  | Tolerable       |
| No compromiso personal con el cumplimiento  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| Inadecuada apropiación en los temas y términos para dar respuesta por parte de los funcionarios de la entidad | Posible      | Moderado | Aceptable       |
| Normatividad cambiante puede no ser conocida y aplicada   | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| Dificultad en el seguimiento y evaluacion de los procesos de la entidad                                       | Recurrente   | Serio    | Tolerable       |
| Inexistencia y/o desactualización de los sistemas de información  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| Manipulación de la información en el seguimiento de los planes de mejoramiento                                | Recurrente   | Moderado | Aceptable       |
| Desconocimiento legislativo sobre procesos  | Recurrente   | Serio    | Tolerable       |

Ilustración 16, Tomado de: Realización Propia, (Anexo\_2)

Como se observa (*Ilustración 16*), los eventos producidos por las necesidades antes descritas se evaluaron bajo su probabilidad de ocurrencia junto con el nivel de impacto que pueden generar en la entidad. En esta medida se puede observar que gran parte de los eventos analizados proceden a tener un nivel de riesgo de “Aceptable”, lo que indica que, aunque pueden ser mejorables no representan un impacto tan importante en la entidad.

## 2.2. Análisis Relacional

Finalmente, y teniendo claro no solo la identificación de las necesidades si no también su nivel de riesgo evidenciado (Anexo\_2), podemos observar en primera medida que, como se mencionó anteriormente de trece (13) eventos, 8 de ellos se encuentran en niveles de “Aceptable”, cuatro (4) de ellos se encuentran en niveles de “Tolerable” y, una (1), de ellas se encuentra en un nivel de “Alto”.

- **Manejo Documentación en OneDrive:** En este componente se evidencia que los niveles de riesgo de los eventos, se encuentra en niveles de “Aceptable”, y el nivel de impacto en la entidad no supera el nivel de “Serio”.
- **Monitoreo Planes Institucionales:** Se evidencia que en este componente es donde se encuentran los niveles de riesgo más alto, esto debido a que de 3 eventos analizados 1 de ellos se encuentra en nivel “Aceptable”, uno en nivel “Tolerable” y uno en nivel “Alto”. Y donde el nivel de impacto en la entidad pasa a ser elevado.
- **Ejecución Planes Mejoramiento y Análisis de la Materialización de Riesgos:** Finalmente los dos últimos componentes se tiene que 3/4 de los eventos de la ejecución de planes mejoramiento se encuentran en un nivel de riesgo “Aceptable” y su nivel de impacto en la entidad es “Serio” o inferior, y para, el componente de la materialización de riesgos igualmente 2/3 eventos son “Aceptables” y su impacto también es “Serio” o inferior.

## 2.3. Deficiencia

Teniendo en cuenta el análisis anterior donde se evaluaron e identificaron las necesidades el componente que resulta de mejor manera trabajar en medidas que provoquen su mejora es el componente de; Monitoreo de Planes Institucionales este con el fin de que su nivel de impacto en la entidad se reduzca igualmente con el nivel de riesgo de este.

### 3.1. Fase 3

#### 3.1.1. Plan de Mejoramiento

**Deficiencia:** Metodología Planes Institucionales

| Eventos   | Deficiencia   | Propuesta Mejora  | Indicadores  |
|---|---|---|--|
| <b>No Integración Planes Institucionales</b>  | Los planes institucionales no disponen de una integración en algún mecanismo o herramienta unificada lo que dificulta que su monitoreo se haga de una forma más simple y unánime.   | Elaboración de una matriz base unificada donde cada dependencia a cargo alimente de la información requerida para un correcto monitoreo.                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porcentaje de dependencias que adoptan el uso de la matriz base.</li> <li>2. Porcentaje de dependencias que mantienen la matriz adoptada actualizada.</li> </ol> |
| <b>Emisión Errónea de Conclusiones</b>  | Las deficiencias encontradas en la consulta de evidencias, así como en la integración de los planes puede ocasionar una emisión errónea de las conclusiones del monitoreo de los planes.  | Esta deficiencia se espera que a matriz propuesta anteriormente permita que las conclusiones del monitoreo reduzca los niveles de error.                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tablas dinámicas con porcentaje de cumplimiento de las actividades para cada periodo de monitoreo.</li> </ol>  |
| <b>Recolección de la información desarticulada o baja de interés por parte de los funcionarios.</b> | Los funcionarios encargados de mantener soporte de las evidencias de la realización de las actividades de los planes institucionales muestra un bajo intereses por mantener al día dichas evidencias o cumplir con los plazos establecidos en los planes. | Establecer compromiso con control interno disciplinario en caso de que no se cumplan las obligaciones.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de Porcentaje de cumplimiento por dependencias de subida de información.</li> </ol>  |
| <b>Deficiencia en la consulta de evidencia de los planes institucionales</b>                        | Las evidencias aportadas en pro del cumplimiento de los planes institucionales muchas veces no se encuentra disponible o en caso se encuentra desactualizada lo que no permite un monitoreo con el estado real de los productos de los planes.            | Establecer recordatorios periódicamente vía correo electrónico recordando fechas y lugares electrónicos donde debe depositarse las evidencias del periodo de monitoreo. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe con evidencias de correos de recordatorios.</li> </ol>   |

## **Conclusiones**

Este trabajo ha evidenciado que dentro del Instituto Caro y Cuervo se encuentra en un estado aceptable en cumplimiento de los componentes que hacen parte del Sistema de Control Interno, sin embargo también se ha evidenciado que una actividad importante de realización por parte de la oficina de Control Interno como lo es el Monitoreo de seguimiento de los Planes Institucionales se encuentra en un estado no optimo, se ha realizado el hallazgo de que este monitoreo no se ha realizado de la forma mas optima puesto que existe deficiencias en cuanto a la articulación de todos los planes institucionales que permitan un correcto monitoreo.

Igualmente, las principales deficiencias encontradas se muestra que a partir de una corta acción de mejora como la creación de una matriz única de seguimiento permitiría reducir teóricamente casi todas las deficiencias, como es el caso del correcto monitoreo y el evitar los errores en las conclusiones de estas.

En otra medida también, dentro de este trabajo se ha evidenciado que no solo la actividad de monitoreo de Planes Institucionales si no otra transversal de toda la entidad como es el caso de la Gestión Documental tiene fallos, que en un futuro también se podría analizar planes de mejora para su reducción de riesgo.

Finalmente es necesario destacar que esta entidad no esta ajena a la problemática que suele tener el sector publico en sus servidores, en los que estos en un porcentaje muestran cierto nivel de desconexión con los procesos que se llevan a cabo lo que no permite una óptima realización de actividades transversales dentro de la entidad.

## **Resumen Analítico**

El presente trabajo pretendía la construcción de una ruta que conllevara a combatir las actividades consideradas deficientes durante la realización de eventos en el Instituto Caro y

Cuervo, principalmente en la dependencia perteneciente durante la realización de esta práctica como lo es la dependencia de Control Interno. Para que la anterior medida se pudiese concretar el trabajo se dividió en la definición de 3 fases que dieran como resultado la elaboración de un corto plan de mejoramiento para la actividad que se definiera como de mayores niveles de riesgo.

Con una primera introducción y generalización de la entidad a trabajar se pasó a la elaboración de la primera fase del trabajo, esta fase consistió en la elaboración de los antecedentes de la dependencia a trabajar en la entidad, en este caso se analizó la situación del estado del Control Interno con datos obtenidos directamente de la entidad así mismo como los datos dispuestos por función pública mediante su aplicativo del FURAG, lo anterior permitió evidenciar cuales eran los niveles de cumplimiento de los compromisos que hacen parte de cada uno de los 5 componentes del Sistema de Control Interno y que permitió así mismo, establecer un punto de partida de algunas deficiencias encontradas.

En un segundo momento y con los datos obtenidos en la fase anterior se pasó a la elaboración de la segunda fase del trabajo, esta fase consistió en la profundización de los eventos que tenían deficiencias, y así, establecer unos niveles de riesgo dentro de los procesos de la entidad.

Para lo anterior se pasó a la elaboración de dos principales matrices, la primera de ellas lleva por nombre, “Matriz de operacionalización de necesidades”, la anterior permite no solo una profundización general de las deficiencias encontradas en la primera fase si no, que permitió establecer para cada una de las necesidades, definiciones conceptuales, componentes a la que hacían parte, indicadores de medición y enlistar sus principales deficiencias, (Anexo\_1).

La segunda matriz trabajada es una tradicional “Matriz de Probabilidad-Impacto”, esta matriz permitió establecer una escala de las necesidades en relación con su nivel crítico, permitiendo una identificación con mayor rigurosidad para establecer la actividad con mayores eventos en los que se pudiese trabajar.

En otro momento de la realización del trabajo se elaboró la fase 3 del mismo, esta fase correspondió a la realización de una tabla que permitió establecer las medidas propuestas para la corrección de los eventos que hacen que la actividad deficitaria genere riesgos para la entidad. Así mismo, también estableció posibles indicadores que permitan en un futuro luego de su implementación la evaluación del mismo plan.

Finalmente se realizan conclusiones encontradas en la elaboración del todo el trabajo y de la practica misma, dando así por cerrado la elaboración del trabajo de grado.

## Bibliografía

Constitución Política de Colombia. (1991) Art. 269.

DAFP. *Guía para la administración del riesgo*. (2011.).

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>

*Función Pública*. Gestión Documental (2021). Funcionpublica.gov.co.

<https://www.funcionpublica.gov.co/glosario/wiki/Glosario+2/Gesti%C3%B3n+Documental>

*Guía de auditoría interna*. (2020). DAFP.

[https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2IjUBdeu/view\\_file/37060226](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/37060226)

Instituto Caro y Cuervo. (2022). *Estado del sistema de Control Interno del Instituto Caro y Cuervo* (Segundo Semestre 2022) [Conjunto de datos].

<https://www.caroycuervo.gov.co/publicaciones/2022/09/FInfoestado-del-sistema-de-control-interno2S-2022.pdf>

Instituto Caro y Cuervo. (2023). *Estado del sistema de Control Interno del Instituto Caro y Cuervo* (Primer semestre 2023) [Conjunto de datos].

<https://www.caroycuervo.gov.co/publicaciones/2022/09/Informe-SICI-01.2023.pdf>

Instituto Caro y Cuervo. (2023). *Historia - Instituto caro y cuervo*.

<https://www.caroycuervo.gov.co/instituto/historia/>

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. Congreso de la Republica. Noviembre 29 de 1993. D.O. No. 41120.

Ley 1474 de 2011. (Artículo 74) "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43292>

*Anexo\_1 Matriz de Operacionalizacion de Necesidades*

| MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS POSIBLES NECESIDADES |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| AUTOR:   |  | JESUS ANDRES VILORIA ALVAREZ              |  |  |
| Variable   | Definicion Conceptual  | Componente - Dimensiones                  | Indicadores  | Deficiencias   |
| <b>Gestion Documental</b>                                | Es el conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación, teniendo en cuenta están actividades ( <b>Funcion Publica, 2021</b> ) | <b>Informacion y Comunicación</b>         | 1) Porcentaje documntacion de archivos de gestion con TRD aplicada correctamente.<br>2) Actualizacion TRD junto con los procesos de la entidad | * Inadecuado manejo de documentacion en ONEDRIVE                         |
| <b>Planes Institucionales - monitoreo</b>                | Las entidades del estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción de que trata el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.  | <b>Monitoreo - Actividades de Control</b> | 1) Cumplimiento Actividades en el tiempo correspondiente<br>2) Porcentaje de Actividades Con Cumplimiento, Vencimiento, Sin iniciar            | * No existencia de metodologia para monitoreo                            |
| <b>Planes de Mejoramiento</b>                            | El Plan de Mejoramiento es la herramienta que permite consolidar y evidenciar los diferentes hallazgos, las oportunidades de mejora, el seguimiento a las desviaciones de la gestión y las acciones de mejoramiento continuo emprendidas en la Entidad.  | <b>Monitoreo</b>                          | 1) Porcentaje cumplimiento de los planes de mejoramiento<br>2) Porcentaje de Implementacion de mejoras   | *Falta de compromiso para la gestion de los planes de mejoramiento       |
| <b>Materializacion de Riesgos</b>                        | El concepto de Administración del Riesgo se introduce en las entidades públicas, teniendo en cuenta que todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser están permanentemente expuestas a diferentes riesgos o eventos que pueden poner en peligro su existencia. ( <b>DAFP, 2011</b> )                      | <b>Actividades de Control</b>             | 1) Reduccion Probabilidad de riesgos e impacto   | *Debilidad en la documentacion y analisis de materializacion de riesgos. |



**Anexo\_2 Matriz de Probabilidad/Impacto**

| Proceso/Componente                 | Deficiencias                                 | Eventos causa/consecuencia de la deficiencia  | Probabilidad | Impacto  | Nivel de Riesgo |
|------------------------------------|--|---|--------------|----------|-----------------|
| Gestion Documental                 | Manejo Documentacion en OneDrive             | Documentacion sin organizar respecto a las TRD  | Frecuente    | Serio    | Tolerable       |
|                                    |  | No Sincronizacion de documentacion en aplicativo OneDrive   | Recurrente   | Moderado | Aceptable       |
|                                    |  | Perdida o Deterioro de documentacion fisica   | Posible      | Serio    | Aceptable       |
| Planes Institucionales - monitoreo | Metodologia Monitoreo Planes Institucionales | No integracion planes para correcto monitoreo   | Recurrente   | Elevado  | Alto            |
|                                    |  | Emision erronea de conclusiones respecto a monitoreo  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
|                                    |  | Diseños metodológicos (técnicas de recolección y tecnologías) inapropiados y/o desactualizadas de evidencias  | Posible      | Elevado  | Tolerable       |
| Planes de Mejoramiento             | Ejecucion de los planes de Mejoramiento      | No compromiso personal con el cumplimiento  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
|                                    |  | Inadecuada apropiación en los temas y términos para dar respuesta por parte de los funcionarios de la entidad | Posible      | Moderado | Aceptable       |
|                                    |  | Normatividad cambiante puede no ser conocida y aplicada   | Posible      | Serio    | Aceptable       |
|                                    |  | Dificultad en el seguimiento y evaluacion de los procesos de la entidad                                       | Recurrente   | Serio    | Tolerable       |
| Materializacion de Riesgos         | Analisis de la Materializacion de Riesgos    | Inexistencia y/o desactualización de los sistemas de información  | Posible      | Serio    | Aceptable       |
|                                    |  | Manipulación de la información en el seguimiento de los planes de mejoramiento                                | Recurrente   | Moderado | Aceptable       |
|                                    |  | Desconocimiento legislativo sobre procesos  | Recurrente   | Serio    | Tolerable       |

| ESCALA DE RIESGOS |           |           |           |           |           |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                   | Impacto   |           |           |           |           |
|                   | Minimo    | Moderado  | Serio     | Elevado   | Grave     |
| Probabilidad      | 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
| Frecuente         | Aceptable | Aceptable | Tolerable | Alto      | Alto      |
| Recurrente        | Bajo      | Aceptable | Tolerable | Alto      | Alto      |
| Posible           | Bajo      | Aceptable | Aceptable | Tolerable | Alto      |
| Inusual           | Bajo      | Bajo      | Aceptable | Aceptable | Alto      |
| Remota            | Bajo      | Bajo      | Bajo      | Aceptable | Tolerable |