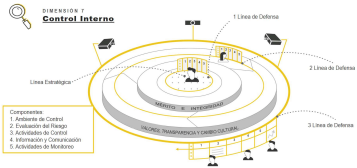


Nombre de la Entidad:

TELEVISION REGIONAL DEL ORIENTE CANAL TRO LTDA

Periodo Evaluado:

SEGUNDO SEMESTRE DE 2023



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

89%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>Como resultado de la evaluación realizada a cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno durante el segundo semestre de la vigencia 2023, se logró un incremento de un (1) punto porcentual respecto del resultado obtenido en el primer semestre de la vigencia 2023, así mismo se encuentra que la entidad cuenta con una adecuada integración de Planeación, el Sistema de Gestión y el Sistema de Control Interno, considerando la participación de cada una de las dependencias en cumplimiento a las responsabilidades establecidas en las líneas de defensa, evidenciándose la integración y cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, por lo anterior puede afirmarse que todos los componentes del Sistema de Control Interno operan juntos y de manera integrada, puesto que las actividades que las constituyen se encuentran enmarcadas en el Sistema Integral de Gestión implementado en la Entidad, el cual se encuentra articulado con el Sistema de Control Interno, atendiendo, de esta forma, lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Adicionalmente, desde la Línea Estratégica (a través de los comités de gerencia y los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, y de Coordinación de Control Interno) se analizan y se toman decisiones sobre asuntos referentes a todos y cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo).</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>En general se evidenció que el Sistema de Control Interno es efectivo para los objetivos evaluados, lo cual se concluye teniendo en cuenta los resultados y el análisis de cada una de las preguntas de esta metodología, donde la mayoría de los lineamientos dieron como resultado que los aspectos evaluados a 30 de diciembre de 2023 se encuentran presentes y funcionando, así mismo para los cinco (5) componentes los niveles de cumplimiento superan el 80%. y el porcentaje de implementación es del 89%</p>
<p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>El Sistema de Control Interno cuenta con el respaldo de la Alta Dirección para su fortalecimiento y ha definido y adoptado el esquema de las Líneas de Defensa definido en la Séptima Dimensión (Control Interno) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, las responsabilidades de las respectivas líneas de defensa frente al Control Interno en la entidad fueron definidas, y posteriormente recogidas en los documentos Específicos Política de Control Interno y Política administración de riesgos. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno es una de las instancias que componen la Línea Estratégica dentro del esquema de Líneas de Defensa de la Entidad, a través del cual se ejerce el direccionamiento y coordinación del Control Interno en la entidad</p>

Componente

¿El componente está presente y funcionando?

Nivel de Cumplimiento componente

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior

Estado del componente presentado en el informe anterior

Avance final del componente

Ambiente de control	SI	85%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta institucionalizado el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cual ha venido operando de manera periódica realizando seguimiento a las debilidades del SCI . 2. El jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante el comité Institucional de Coordinación de Control Interno el avance en el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la vigencia, evidenciando posibles rezagos y analizando reprogramaciones en caso de que sea necesario. 3. La Entidad demuestra compromiso con la integridad (valores y principios), a través de la adopción y aplicación del Código de Integridad. 4. Se tiene establecida, se revisa y actualiza la Política de Administración de Riesgos. 5. Se cuenta con una planeación estratégica de talento humano y las actividades relacionadas asociadas al fortalecimiento de las competencias de los servidores públicos y las actividades relacionadas con el bienestar institucional. <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se evidencia la realización periódica de actividades o ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad. 2. Se requiere ajustar y/o complementar la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés, en cuanto a incrementar la muestra de usuarios encuestados al 10% de los usuarios de la entidad 3. Se requiere fortalecer la divulgación de los lineamientos para la gestión de conflictos de interés y en caso necesario elaborar una guía o documento en el cual se documenten. 4. Se encuentra debilidad en el proceso de retiro de funcionarios, ya que no se tienen definidos los requisitos o actividades requeridas lo que genera riesgo de deficiencias en la transferencia de conocimiento 5. No se tiene establecida una línea de denuncia interna sobre posibles incumplimientos a código de integridad 	82%	<p>FORTALEZAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el esquema de líneas de defensa como mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno 2. El ajuste y actualización de documentos estratégicos como son el Plan Estratégico de Talento Humano y Plan Institucional de Capacitación PIC 3. La Entidad demuestra compromiso con la integridad (valores y principios), a través de la adopción y aplicación del Código de Integridad, mecanismos para el manejo de conflictos de interés, prevención del uso inadecuado de información privilegiada, monitoreo permanente de riesgos de corrupción y establecimiento de canales de comunicación para PQRSD para la comunidad. 4. Actualización de la resolución de conformación del Comité Institucional del Gestión y Desempeño con el fin de incluir las funciones de los comités de archivo y Gobierno Digital <p>DEBILIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se requiere reforzar los ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad, para lo cual se podría hacer uso de la caja de herramientas dispuesta por el DAFP 2. Se continúa sin finalizar la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés, con el fin de identificar las características, necesidades, intereses, expectativas y preferencias de la población objetivo, lo cual permite ajustar la oferta institucional. 3. No se evalúa el impacto del Plan Institucional de Capacitación PIC . 4. Teniendo en cuenta que se encuentra en ejecución el plan de mejoramiento del área de Talento Humano, se continúa sin evidenciar el cumplimiento a la totalidad de los requisitos mínimos necesarios para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 	3%
Evaluación de riesgos	SI	91%	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con una política de administración de riesgos Código: E- PI-PO-06, la cual establece los lineamientos para la identificación, valoración y gestión de los riesgos de gestión, Corrupción y de seguridad digital. 2. La entidad analiza los diferentes factores internos y externos que pueden afectar el funcionamiento del SIG, entre ellos se considera el entorno institucional. 3. Se actualizó el mapa de riesgos en su totalidad y se realizó por parte del área de planeación y de control interno evaluación de la gestión de riesgos (política y mapas de riesgos) 4. El plan de acción institucional es una herramienta que vincula el plan estratégico con los objetivos estratégicos y operativos de la entidad y los relaciona con el avance en el cumplimiento del quehacer institucional. <p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia se reportaron materializaciones de riesgos, sin embargo, no se realizó el reporte de las acciones adelantadas frente a estos reportes. 2. No se observa el cumplimiento de la periodicidad en los seguimientos de los mapas de riesgos para la verificación de la operatividad de los controles teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Metodología para la Administración del Riesgo. 3. No se cuenta con un mapa de aseguramiento institucional como una de las herramientas para fortalecer la gestión del riesgo y la articulación de las tres líneas de defensa. 4. No están definidas y documentadas las acciones a tomar cuando se detecta materialización del riesgo, se sugiere incluirlo, así como fortalecer el análisis y las acciones a tomar en caso de materialización de riesgos 5. Se encuentra debilidades asociadas a la segregación de funciones en diferentes procedimientos teniendo en cuenta las limitaciones de personal de planta. 	88%	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con el documento denominado política de administración de riesgos Código: E-PI-PO-06, la cual establece los lineamientos para la identificación, valoración y gestión de los riesgos de gestión, Corrupción y de seguridad digital. 2. La entidad analiza los diferentes factores internos y externos que pueden afectar el funcionamiento del SIG, entre ellos se considera el entorno institucional. 3. Se identifican para cada uno de los procesos los posibles riesgos tanto operativos como de corrupción, los cuales se plasman en un mapa de riesgos que esta formulado de acuerdo las pautas dadas por el DAFP, considerando los niveles de riesgo y el análisis constante del contexto tanto interno como externo. <p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se cuenta con lineamientos claros para documentar las acciones a realizar cuando se presentan desviaciones que afectan la normal operación de las líneas de defensa en la gestión del riesgo. 2. La periodicidad del seguimiento de los mapas de riesgos para la verificación de la operatividad de los controles teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Metodología para la Administración del Riesgo. 3. No se cuenta con un mapa de aseguramiento institucional como una de las herramientas para fortalecer la gestión del riesgo y la articulación de las tres líneas de defensa. 5. Baja capacitación de los funcionarios (primera línea de defensa) en temas de gestión de riesgo. 	3%
Actividades de control	SI	85%	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se logra mantener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo la Norma ISO 9001:2015, el cual se integra de forma adecuada a la estructura de control de la Entidad 2. Durante la vigencia la entidad adelanto las acciones para el fortalecimiento de la planta de personal del Canal, lo cual permitió la generación de catorce (14) nuevos cargos en los cuales se distribuyen algunas de las actividades propias del Canal y así fortalecer la estructura organizacional. 3. La entidad a través de los procedimientos de sus procesos y mapas de riesgos, guías y manuales, establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades. 4. Se tienen implementados mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno (Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y esquema de líneas de defensa). <p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es recomendable fortalecer los seguimientos periódicos por parte de la 1ra y 2da línea de defensa al diseño y ejecución de los controles. 2. El tamaño de la planta de personal genera dificultades en la segregación de funciones, lo cual se mitiga con actividades de apoyo a través de contratos de prestación de servicios. 3. El mapa de riesgos fue actualizado en el segundo semestre de la vigencia, sin embargo se siguen evidenciando debilidades en la redacción de controles identificados en relación con los lineamientos institucionales. 	85%	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El diseño del Sistema de Gestión de Calidad, bajo la Norma ISO 9001:2015, se integra de forma adecuada a la estructura de control de la Entidad 2. La actualización de los riesgos de los procesos y sus respectivos controles, así como los lineamientos definidos para que el monitoreo de riesgo sea acorde con Política de Administración de Riesgo de la entidad. 3. La entidad a través de los procedimientos de sus procesos y mapas de riesgos, guías y manuales, establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades 4. Disponer de un repositorio digital con los documentos del Sistema de Gestión (SIG) con lo cual se preserva y a la vez se garantiza el acceso a la información actualizada de manera permanente <p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se evidencia la realización de seguimientos periódicos por parte de la 1ra y 2da línea de diseño y ejecución de los controles. 2. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo - SGSST no cumple con la totalidad de los requisitos exigidos por la normatividad 	0%

<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>86%</p>	<p>FORTALEZAS 1. Durante la vigencia 2023 la entidad adquirió un software o Sistema de Administración de la gestión documental, lo cual facilitará la trazabilidad de los documentos y su interrelación con la Gestión Documental de las diferentes áreas. 2. A nivel interno como externo se han definido los diferentes canales de comunicación a través de los cuales la entidad remite la información a sus partes interesadas. 3. Se continúa fortaleciendo el link de transparencia que se encuentra en la página web institucional, ofreciendo información confiable en pro de la transparencia de la gestión institucional</p> <p>DEBILIDADES 1. Desactualización de las TRD convalidadas debido a la creación de nuevos cargos y cambios en el organigrama del canal. 2. Se resalta la realización de la caracterización de usuarios, sin embargo, resultado de las auditorías se evidenció que para su realización se está considerando una muestra mínima de la población por lo que se requiere ajustar el estudio incrementando la muestra. 3. No se ha levantado el inventario de activos de información para la totalidad de los procesos, ni ha identificado la información clasificada y reservada que se genera o se custodia dentro de los distintos procesos 3. Se observaron debilidades en la información que se encuentra publicada en la página web en cumplimiento de los lineamientos normativos 4. Es importante adelantar acciones que permitan medir la efectividad de los canales de comunicación con el fin de fortalecer aquellos que son más efectivos o determinar los fines de cada uno de los canales dispuestos por la entidad.</p>	<p>86%</p>	<p>FORTALEZAS 1. Se encuentra en proceso de adquisición e implementación del un Sistema de Administración de la gestión documental para el Canal, lo cual facilitará la trazabilidad de los documentos y su interrelación con la Gestión Documental de las diferentes áreas 2. La actualización constante de contenidos de la parrilla de programación de tv y de redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter), así como los boletines de prensa, las capsulas informativas, y los mensajes permanentes al grupo institucional de whatsapp. 3. Se continúa fortaleciendo el link de transparencia que se encuentra en la página web institucional, ofreciendo información confiable en pro de la transparencia de la gestión institucional</p> <p>DEBILIDADES 1. No se ha realizado la caracterización de los grupos de valor y de intereses de la entidad 2. No se ha levantado el inventario de activos de información para la totalidad de los procesos, ni ha identificado la información clasificada y reservada que se genera o se custodia dentro de los distintos procesos 3. No se cuenta con una oficina de atención al ciudadano .</p>	<p>0%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>96%</p>	<p>FORTALEZAS 1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría y se hace seguimiento a su ejecución, así mismo se socializan los resultados de auditorías y seguimientos adelantados por la oficina de control Interno 2. La actividad de auditoría interna de la entidad se ejecuta siguiendo las Normas establecidas por el Instituto de Auditores Internos (IIA). 3. Se evalúa de manera sistemática la información suministrada por los usuarios a través de los informes consolidados de PQRs y encuestas de satisfacción de los servicios (1ª, 2ª y 3ª líneas de defensa), cuyos resultados se presentan en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 4. Como resultado de la auditoría regular adelantada por la Contraloría General - CGR, se generaron acciones de mejora con el fin de fortalecer el sistema de control interno frente a las debilidades detectadas. 5. Resultado de las evaluaciones que adelanta la Oficina de Control Interno se elaboran informes que son presentados con los líderes de proceso y la gerencia, adicional se realiza el acompañamiento pertinente para la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes.</p> <p>DEBILIDADES 1. No se evidencia el Mapa de Aseguramiento que consolide la información de la segunda y tercera líneas de defensa de la entidad relacionando los aspectos clave, los riesgos asociados al mismo, sus responsables y áreas funcionales 2. Se requiere la aplicación de Autoevaluaciones periódicas por parte de los procesos con el fin de identificar las acciones de mejora que permitan el fortalecimiento del proceso, sin esperar que sean las evaluaciones de la OCI o de entes externos quienes determinen y evidencien las debilidades en los mismos. 3. Es importante documentar las mejoras requeridas como resultado de los análisis PQRS.</p>	<p>96%</p>	<p>FORTALEZAS 1. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría y hace seguimiento a su ejecución. 2. Las evaluaciones independientes se realizan con base en el análisis de riesgos, para evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. 3. La articulación de la 2ª línea de defensa (área de Planeación y mejoramiento continuo) y la 3ª línea de defensa (Oficina de control Interno) para llevar a cabo el procedimiento de monitoreo en lo correspondiente a los diferentes componentes del sistema a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. 4. Las oficinas de Control Interno y Mejoramiento Continuo realizan seguimiento y verificación del cumplimiento de las actividades formuladas en los planes de mejoramiento, así como el análisis de la efectividad de las acciones ejecutadas previo al cierre de las mismas</p> <p>DEBILIDADES 1. No se han realizado informes consolidados a partir de la información contenida en las evaluaciones independientes para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno e impacto en el logro de los objetivos de la Entidad para ser presentados a la Alta Dirección 2. No se evalúa la información suministrada por los usuarios, a través del Sistema de PQRS y de otras partes interesadas para la mejorar el Sistema de Control Interno de la Entidad</p>	<p>0%</p>