

	ACTA No. 1 COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	Código: A-GD-G01-F01
		Versión: 03
		Fecha: 13/09/2023

Floridablanca, 29 de febrero de 2024
Hora de inicio: 8:30 a.m. a 10:20 a.m.
Lugar: Sede Canal TRO – Floridablanca

1. ASISTENTES			
No.	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE
1	Edna Carolina Joya Núñez	Gerencia	Gerente
2	Diana Carolina Mora Sepúlveda	Gestión Bienes y servicios	Líder de Almacén
3	Ana Milena Flórez Ortega	Gestión TRO Digital	Jefe TRO Digital
4	Arturo Peñaloza Pinzón	Gestión Comunicaciones	Jefe de comunicaciones
5	Orlando José Sanabria Martínez	Gestión Técnica	Director Técnico
6	María Andrea González Areniz	Gestión Jurídica	Encargado de Jurídica
7	Griver Maryeny Rojas Guadrón	Gestión Documental	Encargada de Gestión Documental
8	Marlli Sánchez Contreras	Planeación y Mejoramiento Continuo	Encargado de Planeación y Mejoramiento Continuo
9	Sandra Patricia Mejía Abello	Gestión Control Interno	Jefe de Control Interno

2. INVITADOS			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE
1	Edward Suarez	Gestión Jurídica	Apoyo Jurídico
2	Diana Estefanía Torres Castellanos	Gerencia	Asesora Gerencia

3. AUSENTES			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	JUSTIFICACION
1	Andrés Fernando Balcázar Castaño	Secretaria General	Permiso

4. ORDEN DEL DÍA: - Verificación del quorum y aprobación del orden del día - Palabras de la Dra. Edna Carolina Joya Núñez– Gerente - Presentación para aprobación de la Política de Administración de Riesgos - Presentación de los resultados de seguimiento a: 1. Tratamiento de PQRSD 2. Evaluación del estado del sistema de Control Interno - Presentación del resultado de la Auditoria realizada por el ente certificador LLC - Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorias y Seguimientos - Vigencia 2024 de la Oficina de Control Interno - Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorías internas de Calidad - Vigencia 2024 de la Oficina de Mejoramiento Continuo. - El autocontrol: una herramienta para un mejor servicio público - Proposiciones y Varios - Cierre de la reunión
5. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA: 1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día Siendo las 8:30 a.m. del día 29 de febrero de 2024, en la sala de Juntas de la Gerencia del Canal TRO, se da inicio al primer Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, realizando el llamado a lista para la verificación del quórum de acuerdo a la convocatoria realizada mediante Circular Informativa No. 1 enviada a través del correo Institucional el día el 23 de febrero de 2024, una vez verificado el quórum se procede a dar lectura al orden del día para aprobación de los miembros del comité, el cual es aprobado por unanimidad, continuando con el segundo punto del orden del día así: 2. Palabras de la Gerente Dra. Edna Carolina Joya Núñez: La Dra. Edna Carolina Joya Núñez expresa un saludo cordial a todos los miembros del Comité Institucional de Coordinación y Control interno y exhorta a cada líder de área a sumir con responsabilidad su rol frente al comité de Control Interno, así mismo solicita a la jefe de control interno ser muy exigente y rigurosa en sus evaluaciones y seguimientos con el fin de lograr el crecimiento y mejoramiento de los procesos, concluye agradeciendo la presencia y colaboración de todos los presentes.

3. Presentación para aprobación de la Política de Administración de Riesgos

La Dra. Marlli Sánchez, encargada del proceso de Planeación explica a los miembros del comité que la política de Administración de Riesgos de la Televisión Regional del Oriente Canal TRO Ltda. Se actualizó de forma (organización) y de fondo (inclusión de nuevos aspectos) y continua exponiendo los aspectos generales como su objetivo definiéndolo como: establecer los lineamientos para gestionar los riesgos de manera que no afecten los procesos de la entidad y promuevan mejoras continuas en su desempeño y cumplimiento de metas, continua explicando su alcance mencionando que abarca todos los procesos de la entidad, considerando riesgos de gestión, corrupción, seguridad digital y fiscales, prosigue explicando que la responsabilidad de gestionar estos riesgos recae en las líneas de defensa, que incluyen el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), los líderes de proceso la Oficina de Planeación y Control Interno y menciona en detalle las responsabilidades para cada línea de defensa, continua explicando que la política incluye la metodología para la gestión de los riesgos, la cual consta de cuatro fases: 1. Identificación de riesgos, 2. Valoración del riesgo 3. Evaluación de Controles 4. Determinación del riesgo inherente

La Dra. Marlli hace mención a que a partir de aquellos riesgos de gestión ubicados en la zona extrema y alta, se consolidará el mapa de Riesgos en el formato denominado E-PI-MT-04 Mapa de Riesgos, a estos se les efectuará seguimiento y monitoreo continuo por parte de los líderes de proceso o responsables asignados para tal fin, quienes deberán garantizar que los controles se ejecuten en los tiempos estipulados, evitando la materialización de los riesgos.

Una vez terminada la explicación se somete para la aprobación de los asistentes, siendo **aprobada** por unanimidad.

4. Presentación de los resultados de seguimiento a: 1. Tratamiento de PQRSD 2. Evaluación del estado del sistema de Control Interno

1. Tratamiento de PQRSD

La Dra. Sandra Mejía inicia con la socialización del resultado del seguimiento al tratamiento de las PQRSD dados por la entidad durante el primer semestre de la vigencia 2023, indicando que este seguimiento se realiza en cumplimiento a lo contemplado en el artículo 76 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011 y su Decreto reglamentario 2641 de 2012 y procede a socializar con los miembros del comité los principales datos, como el número total de PQRSD recibidas durante el semestre, las cuales fueron 204 PQRSD, el número de PQRSD recibidas por mes y el número total por tipo de solicitud, el medio de recepción y la dependencia a la cual se dirige, continua dando a conocer las conclusiones del informe así:

1. El mecanismo de recepción de PQRSD más utilizado fue el correo electrónico, con el 75% de la totalidad de las peticiones allegadas a la entidad y el formulario de PQRSD en la página web con un 22%.
2. La dependencia que recibió mayor número de PQRSD fue Oriente noticias con un total de 66 solicitudes, que representan el 32%, seguida por el área de talento humano con el 11,3% equivalente a 23 solicitudes y producción y programación que atendió 22 solicitudes correspondiente a un 10,8% de los requerimientos.
3. Se encuentra que seis (6) peticiones se contestaron fuera de términos, lo que representa el (2,94%) de la totalidad de solicitudes que se allegaron durante el periodo evaluado (204). Por lo anterior, es importante continuar fortaleciendo los controles internos, adoptando medidas que garanticen dar respuesta a todas las PQRSD dentro los términos establecidos.
4. Se evidenciaron falencias en la clasificación del tipo de petición, desde el momento inicial cuando se radica la PQRSD (Encargada de PQRSD), lo cual en algunos casos puede incidir en dar respuesta a la petición por fuera de los términos de Ley.

Finaliza explicando que en cuanto a la materialidad de la respuesta (calidad), se evidencia que en un alto porcentaje las respuestas dadas a las solicitudes no resuelven de fondo la petición, especialmente las asignadas a Oriente Noticias, lo que podría obedecer a falencias en el seguimiento por deficiente comunicación entre las áreas y la encargada de PQRSD.

2. Evaluación del estado del sistema de Control Interno

La Jefe de la Oficina de Control Interno, continúa con los aspectos relevantes del informe semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno del periodo del 01 de julio al 31 de diciembre de 2023, iniciando su presentación indicando que este informe se realiza en cumplimiento del Decreto 2106 de 2019, el cual establece que “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública”.

Continúa explicando que el Sistema de Control Interno está dividido en cinco componentes integrados que se relacionan con los objetivos de la empresa: entorno de control, evaluación de los riesgos, actividades de control, sistemas de información y comunicación, y actividades de monitoreo y supervisión.

Continúa la Dra. Sandra Mejía exponiendo que este informe consiste en un libro de Excel con 81 preguntas que evalúan el grado de implementación de cada uno de los cinco (5) componentes antes mencionados del Modelo Estándar de Control Interno, a las cuales se asignan calificaciones de 1, 2 o 3, así: 1 NO está presente, 2 Presente y 3 presente y funcionando, que una vez diligenciado en su totalidad arroja un resultado automático con un valor

cuantitativo del grado de implementación del MECI en la entidad, que para el segundo semestre de la vigencia 2023 el resultado fue del 89%, lo cual significa que el Sistema de Control Interno de la Televisión Regional del Oriente tiene todos los componentes están operando juntos y de manera integrada.

Les informa a los miembros del comité que, en cuanto a la efectividad, se considera que 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%

Continúa analizando las fortalezas y debilidades por cada uno de los componentes así:

Ambiente de control (24 preg) Nivel de cumplimiento componente Ambiente de Control: 85%

FORTALEZAS:

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.

DEBILIDADES:

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 y deficiencias en la transferencia de conocimiento
5. No se tiene establecida una línea de denuncia interna sobre posibles incumplimientos al código de integridad

EVALUACION DE RIESGOS (17 preg) Nivel de cumplimiento componente Evaluación de Riesgos: 91%

FORTALEZAS

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.

DEBILIDADES

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 en 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.

ACTIVIDADES DE CONTROL (12 preg) Nivel de cumplimiento componente Evaluación de Riesgos: 85%

FORTALEZAS

1. Se logro 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).

DEBILIDADES

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.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN (14 preg) Nivel de cumplimiento componente Evaluación de Riesgos: 86%
FORTALEZAS

1. Durante la vigencia 2023 la entidad adquirió un software o Sistema de Administración de la gestión documental, lo cual facilitara 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

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.
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. 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.

MONITOREO (14 preg) Nivel de cumplimiento del componente Evaluación de Riesgos: 96%
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.

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.

5. Presentación del resultado de la Auditoria realizada por el ente certificador LLC

Toma la palabra la Dra. Marlli Sánchez, líder del área de mejoramiento continuo para exponer el resumen de los resultados plasmados en el INFORME DE AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO NO. 571957 ISO 9001:2015 así: **Fuerzas de la compañía ISO 9001:2015** “El compromiso de la Alta Dirección para suministrar los recursos necesarios ha permitido establecer y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad dinámico y eficiente. El reconocido trabajo continuo el cual para el año 2023, en Cartagena ganaron tres premios India Catalina. Crecimiento del Canal TRO con las alianzas estratégicas con canales nacionales e internacionales enfocados en una audiencia no solo Regional con sus canales TRO y TRO PLUS, logrando posicionarse entre los 3 mejores canales Regionales. Se cuenta con los objetivos de calidad alineados con el plan estratégico situacional (Plan de Desarrollo). Cuentan con equipos de última tecnología para la producción de TV, Realizan campaña con jóvenes con el fin de promover la responsabilidad social, Se resalta el trabajo de la organización por el tratamiento de las áreas de mejora analizadas como no conformidades entendiendo su análisis de causas y estableciendo acciones concretas para su solución.”

Informa a los miembros de Comité que no se presentaron No Conformidades, solo dos oportunidades de mejora:

Área de mejora 11

Fortalecer los mecanismos de aseguramiento y protección de la información ISO 9001:2015, Identificación y trazabilidad, almacenamiento de productos y propiedad del cliente.

Fortalecer el enfoque de protección de la Información identificable como personal. ISO 9001:2015, Identificación y trazabilidad, almacenamiento de productos y propiedad del cliente

1. Desarrollo e implementación de una política para el tratamiento de datos personales e instructivo para la implementación de la política de tratamiento de datos personales en la Televisión Regional del Oriente Canal TRO

6. Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2024 de la Oficina de Control Interno.

Continúa explicando que la realización de las auditorías internas es la actividad prevista para ejecutar el rol de evaluación y seguimiento a los diferentes procesos y finaliza comunicando que para la vigencia 2023 se le realizará a los procesos de: 1: Gestión de bienes y servicios, 2. Gestión Documental 3.Gestión de Comunicaciones, 4. Gestión de TRO digital, y 5.Gestión de Planeación Institucional, continúa, exponiendo a los miembros del comité que adicional a las auditorias el programa anual está compuesto por los informes y seguimientos de ley, así mismo se incluyen actividades de Asesoría y Acompañamiento dentro de las cuales está la asistencia a los a los diferentes comités y actividades donde el área de control interno sea requerida. La jefe de la Oficina de Control Interno pone a consideración del Comité el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2024 de la oficina de Control Interno para la para su aprobación, el cual es **aprobado** por el comité, quedando de la siguiente manera:

 	Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2024												Código: V-GE-P01-F10		
													Versión:03		
													Fecha: Mayo 27 de 2021		
Objetivo del Plan:															
Establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la oficina, que adelantará el Jefe de Control Interno para evaluar y contribuir a la mejora de la eficacia de los procesos, gestión de riesgos y control de la Televisión Regional del Oriente - Canal TRO, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos.															
TITULO DE LA AUDITORIA	FECHA		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	OBSERVACIONES
	FECHA PROGRAMA DA	FECHA REALIZADA O EJECUTADA													
AUDITORIAS INTERNAS															
Gestión de Bienes y Servicios (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2023 y 2024)	11/3/2024						10								
Gestion Documental (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2023 y 2024)	14/5/2024							27							
Gestion de Comunicaciones (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2023 y 2024)	2/7/2024									14					
Gestion TRO Digital(Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2023 y 2024)	20/8/2024										24				
Gestión de Planeacion Institucional (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2023 y 2024)	1/10/2024												15		

el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2024 de la oficina de Control Interno hace parte integral de la presente acta.

7. Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorías internas de Calidad - Vigencia 2024 de la Oficina de Mejoramiento Continuo

La Dra. Marlli Sánchez, encargada del proceso de mejoramiento continuo explica a los miembros del comité que como parte del proceso de seguimiento a la certificación en la norma ISO9001 por parte del ente certificador, el área de mejoramiento debe realizar un ciclo de auditorías enfocadas en el cumplimiento de los diferentes numerales de la norma ISO9001 para lo cual presentará el programa de Auditorías Internas de Calidad, iniciando con el objetivo, el cual es: “Asegurar que todos los procesos y procedimientos de la entidad sean revisados de manera regular, con el fin de garantizar que se mantengan en conformidad con los estándares y normas de calidad aplicables”, así mismo da a conocer el equipo auditor el cual está compuesto por la Encargada del SIG- Auditores Internos y finaliza con la presentación del cronograma de auditoria así:

	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD DE LA TELEVISIÓN REGIONAL DEL ORIENTE LTDA CANAL TRO											
Objetivo del Programa	Asegurar que todos los procesos y procedimientos de la entidad sean revisados de manera regular, con el fin de garantizar que se mantengan en conformidad con los estándares y normas de calidad aplicables.											
Alcance	Abarca los 15 procesos de la Entidad descritos en el mapa de procesos											
Recursos	Humanos, Tecnológicos, Físicos e Información.											
Responsable	Encargada del SIG- Auditores Internos											
Criterios	ISO 9001:2015 y procedimientos institucionales											
Proceso	Ene	Feb	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
Gestión Planeación Estratégica								X				
Gestión Comunicaciones								X				
Gestión TRO Digital								X				
Gestión Comercialización y ventas								X				
Gestión Programación								X				
Gestión Producción								X				
Gestión Técnica								X				
Gestión Archivo Audiovisual								X				
Gestión Financiera y presupuestal								X				
Gestión Bienes y Servicios								X				
Gestión Archivo Documental								X				
Gestión Jurídica								X				
Gestión Talento Humano								X				
Gestión de Evaluación y Control								X				
Gestión Mejoramiento Continuo								X				
POSIBLES RIESGOS:	Incumplimiento programa de auditoria Incumplimiento de las fechas estimadas para el desarrollo de las auditorías internas por visitas de los entes de control. Fallas en el proceso de selección del equipo auditor No asegurar un proceso de seguimiento al cumplimiento de las acciones en este proceso											

8. El autocontrol: una herramienta para un mejor servicio público

La Dra. Marlli Sánchez inicia mencionando que el Autocontrol, como uno de los fundamentos del Modelo Estándar de Control Interno, busca que los servidores públicos tengamos la capacidad de detectar las desviaciones de nuestro quehacer diario y tomar por iniciativa propia, los correctivos necesarios para lograr el cumplimiento de nuestras metas individuales.

Continúa explicando que, para ejercer el autocontrol, requerimos como primer paso, el convencimiento personal de que, al aplicar el autocontrol, estamos logrando mejorar nuestras labores diarias y, por ende, estamos ayudando al cumplimiento de los objetivos de la institución a la que pertenecemos; esto, nos lleva a contribuir para lograr una mejor Administración Pública

Entre las principales herramientas del autocontrol se encuentran:

• La planeación. • El adecuado manejo del tiempo. • La toma de conciencia. • La adecuada distribución de responsabilidades • El adecuado uso de los recursos a su disposición.		
6. PROPOSICIONES Y VARIOS.		
No se presentaron		
7. COMPROMISOS		
RESPONSABLE	ACCIONES	FECHA LIMITE CUMPLIMIENTO
Gestión de Comunicaciones (Encargada de PQRSD)	Remitir a la gerencia las PQRSD que lleguen al área, ya sea presencialmente, por correo electrónico o a través de la página web.	A partir del 1 de marzo y diariamente en los horarios estipulados: 11:00 a.m. y 5:00 p.m.
Gestión de Comunicaciones	Revisar con el Área de Programación y Producción, específicamente con la encargada de IBOPE, el tema de la caracterización de usuarios.	30 de abril de 2024
Gestión Jurídica	Revisar y ajustar en caso de ser necesario las proyecciones de respuestas dadas por las diferentes áreas, las cuales deben incluir: "Proyectó, Revisó y Aprobó", con el nombre de cada persona y el área correspondiente. Incluir en los contratos una clausula referente al tema de entrega de los asuntos y la información a cargo	A partir de la fecha
Gestión Jurídica Talento Humano	Realizar capacitación sobre PQRSD, donde se incluya como clasificar las diferentes solicitudes según el tipo: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	31 de marzo de 2024
Gestión TRO Digital	Revisar y poner en funcionamiento el formulario diseñado para la recepción de PQRSD. Realizar la publicación de desaparecidos en el formato original de la Fiscalía y en la página web de la entidad, no en las historias de las redes sociales.	A partir de la fecha
Gestión de Talento Humano	Coordinar con el Área de Planeación, la inclusión en el comité de Gestión Desempeño todos los temas de Bienestar Social y los respectivos planes que maneja el área. Establecer un documento que contenga las directrices para la entrega del cargo	30 de mayo de 2024
Gestión Técnica Gestión de bienes y Servicios	Finalizar con los inventarios de activos de información y activos en general de la entidad	30 de junio de 2024
9. Cierre de la Reunión Se da por terminado el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, en la ciudad de Floridablanca, siendo las 10: 20 a.m. del día 29 de febrero de 2024. EDNA CAROLINA JOYA NUÑEZ Presidente SANDRA PATRICIA MEJIA ABELLO secretaria técnica Anexos: Registro de asistencia Correos de evidencia. <i>Elaboró: Sandra Patricia Mejía Abello – Jefe de Control Interno</i> <i>Revisó: Sandra Patricia Mejía Abello – Jefe de Control Inte</i>		