

	ACTA No 3 COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	Código: A-GD-G01-F01
		Versión: 03
		Fecha: 13/09/2023

Floridablanca, 27 de septiembre de 2024
Hora de inicio: 8:30 a.m. a 11:50 a.m.
Lugar: Sede Canal TRO – Floridablanca

1. ASISTENTES			
No.	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE
1	Edna Carolina Joya Núñez	Gerencia	Gerente
2	Gustavo Adolfo Villamizar	Secretaria General	Secretario General
3	Lina Vanessa Ramírez Gamboa	Dirección de Producción y Programación	Directora Técnica
4	Andrés Fernando Balcázar Castaño	Oficina de Planeación	Jefe de la Oficina de Planeación
5	James Ronald Bernal Bermúdez	Almacén	Jefe de Almacén
6	Alonso Lagos Chinchilla	Oficina de Talento Humano	Jefe de Talento Humano
7	Marlli Sánchez Contreras	Mejoramiento Continuo	Encargado de Mejoramiento Continuo
8	Sandra Patricia Mejía Abello	Oficina de Control Interno	Jefe de Control Interno

2. INVITADOS			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE
1	Diana Estefanía Torres Castellanos	Oficina de Talento Humano	Encargada de SG-SST
2	Daniel Felipe Hurtado León	Archivo Audiovisual	Auxiliar de Archivo Audiovisual
3	Yudi Yesenia Méndez Torres	Dirección Técnica y emisión	Ingeniero de Soporte
4	Sebastián Granados A.	Oficina de Comunicaciones	Encargado Oficina Comunicaciones

3. AUSENTES			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	JUSTIFICACION
1	Laura Camila Pinilla Mejía	Oficina TRO Digital – Oficina Comunicaciones (e)	Comisión de trabajo
2	Griver Maryeny Rojas Guadrón	Gestión Documental	Incapacidad medica
3	Alexandra Guerrero Mora	Comercialización y ventas	Actividades propias del área

4. ORDEN DEL DÍA:			
- Verificación del quorum y aprobación del orden del día - Palabras de la Dra. Edna Carolina Joya Núñez– Gerente - Aprobación de las Actas No.1 del 29 de febrero y No.2 del 8 de agosto de 2024 - Presentación de los principales resultados de las auditorías a los procesos: Gestión de Bienes y Servicios y Gestión Documental. - Socialización de los resultados de seguimiento a: PQRSD, Plan Anticorrupción y Estado del Sistema de Control Interno. - Avance del Plan Anual de Auditorias y Seguimientos de Control Interno vigencia 2024 - El autocontrol: fundamento del control interno - 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 27 de septiembre de 2024, en la sala de juntas de la gerencia del Canal TRO, se da inicio al tercer 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. 5, enviada a través del correo Institucional el día el 19 de septiembre 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 continúa agradeciendo a la oficina de control interno por la labor realizada en cuanto a las auditorías internas ya que se vienen realizando de manera propositiva y con el fin de lograr el mejoramiento de los procesos, concluye agradeciendo la presencia y colaboración de todos los presentes.			

3. Aprobación de las Actas No.1 del 29 de febrero y No.2 del 8 de agosto de 2024

La doctora Marlli Sánchez, encargada del área de mejoramiento continuo hace una breve lectura de los puntos más relevantes contenidos en las actas No.1 y No.2 de 2024, y se somete para la aprobación de los asistentes, siendo aprobada, sin embargo, la doctora Carolina Joya solicita que el borrador del acta a aprobar sea enviado a los miembros del comité con anticipación, adjuntándolo a la convocatoria del comité.

4. Presentación de los principales resultados de las auditorías a los procesos: Gestión de Bienes y Servicios y Gestión Documental.

La jefe de Control interno, Dra. Sandra Mejía, inicia este punto informando las principales situaciones presentadas y encontradas durante el proceso auditor al área de Gestión de bienes y servicios, entre lo cual se menciona la dificultad para contar con la información solicitada, lo que ocasionó retrasos en el cumplimiento del cronograma establecido para el desarrollo de la auditoría, continúa dando lectura a cada uno de los hallazgos:

Hallazgo 1: Desactualización de procedimientos y manual que soporta el proceso de bienes y servicios - almacén e inventario. En la revisión de los documentos del proceso, específicamente en el MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE BIENES MUEBLES Y ALMACEN Código: A-GB-P02-M01 y el Procedimiento ADMINISTRACIÓN DE BIENES Código: A-GB-P02 se encuentra que en los diferentes numerales, se hace referencia al software SOFTLAND, el cual no está siendo utilizado por la entidad desde la vigencia 2023, por lo que es necesario la revisión y actualización en el SIG, de la documentación que pertenece al proceso de bienes y servicios de manera que correspondan a la realidad de las actividades ejecutadas por el proceso

Hallazgo 2: Incumplimiento a lo dispuesto en el Manual para la administración y manejo de bienes muebles y almacén Código: A-GB-P02-M01 versión 2 de Fecha: 24/09/2021, Numeral 4.2 Movimiento de Almacén, ya que a la fecha de auditoría no se logró evidenciar el registro de los movimientos del almacén (entradas y salidas de bienes).

Hechos evidenciados: Durante la entrevista de auditoría se solicitó a la líder del proceso de Gestión de Bienes y Servicios los ingresos y salidas de bienes ya sea impresos o en el software utilizado por la entidad para el manejo de los bienes, la líder del proceso hace entrega de una carpeta denominada COMPROBANTES DENINGRESO DE CONSUMO de la vigencia 2023, en la cual se encuentran comprobantes de ingreso del 01/04/2023 al 09/19/2023 correspondientes a los ingresos de artículos como discos duros externos, micrófono de solapa entre otros, al no encontrarse los ingresos y salidas en físico se le solicita a la líder del proceso consultarlos desde el software utilizado por la entidad, evidenciándose que la líder el proceso actual no cuenta con claves de acceso a ningún software para el manejo y control de los bienes por lo que se concluye que no se realizan movimientos de almacén desde la vigencia anterior, lo cual podría obedecer a la ausencia de una entrega y/o empalme de los funcionarios al momento de dejar el cargo.

Hallazgo 3: Incumplimiento a lo establecido en el Decreto 403 de 2020 "ARTÍCULO 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Durante el proceso auditor, mediante circular informativa No. 03 del 6 de mayo de 2024, se solicita a la líder del proceso el listado del inventario físico actualizado a la fecha o en su defecto a marzo 31 de 2024, de bienes de propiedad planta y equipo, así como de los consumibles que reposan en el almacén de la entidad firmado por el almacenista, información que no es enviada a la Oficina de Control Interno, por lo que se procede a reiterar la solicitud mediante correo electrónico de fecha 21 de mayo de 2024, y que a la fecha de elaboración del presente informe no se obtuvo ninguna respuesta, lo cual no permitió obtener la evidencia suficiente y adecuada para poder emitir una opinión idónea, fiable y verificable sobre el control de los bienes de la entidad.

Hallazgo 4: Incumplimiento a lo establecido en el numeral 6 del procedimiento Administración de Bienes Código: A-GB-P02 en cuanto “la Gerencia programará una (1) vez al año el levantamiento del inventario físico de bienes... El grupo de apoyo de inventarios iniciará la ejecución del programa de Inventario con un levantamiento físico del 100% de los bienes de CANAL TRO. Para la toma física aleatoria de inventario se debió tomar como base el archivo suministrado por el proceso de Gestión de Bienes y Servicios, con el consolidado del inventario de la Televisión Regional del Oriente Canal TRO, el cual **no** fue allegado por la líder del proceso quien durante la entrevista manifiesta haber realizado levantamiento físico de inventario a “algunas” áreas de la entidad, sin embargo, no se allega evidencia del inventario de activos al servicio.

Hallazgo 5: incumplimiento a lo establecido en los procedimientos del proceso en cuanto la ausencia de documentos que soporten y evidencien las actividades propias del proceso los movimientos del área (ingresos, salidas y traslados) teniendo en cuenta que durante el proceso de auditoría se solicitaron las evidencias y/o soportes de los ingresos y salidas realizados por el área de almacén durante las vigencias 2023 y 2024, sin embargo de la información presentada por la líder del área no se logró evidenciar los soportes físicos o digitales de dichos movimientos

Hallazgo 6: Incumplimiento a lo establecido en el PROCEDIMIENTO ELABORACION Y SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO V-GE-P04 en cuanto a la obligatoriedad de elaborar plan de mejoramiento para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, auditoría interna y de los Órganos de Control, teniendo en cuenta que durante el proceso de auditoría, se encuentra que no se elaboró el respectivo plan de mejoramiento para subsanar el hallazgo detectado en la auditoría interna de fecha 30 de septiembre de 2021, lo cual se evidencia en que a la fecha de la presente evaluación algunos de los documentos incluidos en el hallazgo no han sido eliminados o actualizados.

Hallazgo 7: Incumplimiento a los controles establecidos en el mapa de riesgos del proceso de gestión de Bienes y Servicios específicamente la ausencia de un sistema de información y/o software para la correcta administración de los bienes de la entidad, el cual permita el registro de los movimientos (entradas, salidas, traslados) realizados por el área.

Hechos evidenciados: Durante el proceso de revisión de los riesgos se encuentra que dentro de los controles establecidos se hace referencia a un software, por lo que se le solicita a la líder del proceso el ingreso al software utilizado para el control de los bienes, la líder del proceso manifiesta que no cuenta con usuario del software Safix (nuevo) ni del software Softland (anterior), se le recomienda solicitarlo al área técnica, el usuario es creado y se logra el ingreso pero la líder del proceso manifiesta no haber recibido capacitación y por lo tanto no tener el conocimiento para el manejo del módulo, por lo que no se lleva a cabo el registro de los movimientos del área de almacén (entradas, salidas, traslados etc) en ninguna herramienta o software que sea de utilidad para llevar el control sobre los bienes de la entidad, lo que podría causar detrimento patrimonial para la entidad por pérdidas y/o hurtos de los bienes.

Se les informa a los miembros del comité que el respectivo plan de mejoramiento para cada uno de los hallazgos ya fue elaborado por el líder el proceso y aprobado por la oficina de Control Interno.

Continúa con la socialización de los resultados de la auditoria al proceso gestión documental, aclarando que la auditoria se realizó dentro de los tiempos programados y con los siguientes resultados:

Fortalezas

- El conocimiento que tiene la encargada del área sobre el proceso, los procedimientos y el archivo central y los documentos en custodia que lo componen y que se encuentran en el sistema integrado de gestión (SIG), así como su disposición para el desarrollo de la presente auditoria.
- Las mejoras significativas en el proceso, con respecto a lo encontrado en la vigencia 2022 en cuanto a la elaboración y actualización de los instrumentos archivísticos, la adecuación de la infraestructura física del archivo central y la adquisición de los dispositivos para garantizar la conservación de los documentos (aire acondicionado, deshumidificador, detectores de humo etc.).
- La adquisición del software de gestión documental, específicamente GO3, el cual se encuentra aun en etapa de implementación.

hallazgos

Hallazgo 1: Inobservancia a lo establecido en el artículo 23 del Acuerdo (AGN) 004 de 2019, el cual establece que se deberán actualizar y ajustar las TRD cada vez que ocurra alguna de las situaciones enunciadas en el mencionado acuerdo, entre ellas cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad.

Durante el proceso auditor se le solicita a la líder del proceso el certificado de convalidación de las Tablas de Retención Documental - TRD, evidenciándose que es de fecha anterior a la expedición del acuerdo 035 del 05 de diciembre de 2023, mediante el cual se modifica la estructura organizacional y administrativa de la entidad, con lo cual se puede concluir que las Tablas de Retención Documental – TRD, se encuentran desactualizadas, por lo que se requiere su actualización, dado los cambios presentados en la estructura organizacional de la Entidad.

Hallazgo 2: incumplimiento a lo establecido en el acuerdo 02 de 2004, al no contar con las Tablas de Valoración Documental-TVD aprobadas y convalidadas, para la organización del fondo documental acumulado de la entidad.

Durante el desarrollo del proceso de auditoria se le solicita a la líder del proceso las Tablas de Valoración Documental, a lo cual manifiesta que a la fecha la entidad no las ha elaborado, por lo cual se configura el presente hallazgo.

Hallazgo 3: Incumplimiento a lo establecido en el artículo 26 de la Ley 594 de 2000, desactualización del inventario documental del archivo central.

Durante el desarrollo del proceso auditor se le solicita a la líder del proceso las transferencias documentales recibidas durante la vigencia 2024, con el fin de realizar la verificación de la inclusión dentro del inventario documental del archivo central, para lo cual se selecciona el Formato Único de Inventario Documental de la oficina productora 3000 gestión técnica, realizada la revisión se evidencia que no se encuentran incluidos en el inventario del archivo central los documentos de la trasferencia realizada, adicionalmente se puede establecer que la fecha máxima final en dicho inventario del archivo central es de la vigencia 2018, por lo que se concluye que se encuentra desactualizado

Se les informa a los miembros del comité que el respectivo plan de mejoramiento para cada uno de los hallazgos ya fue elaborado por el líder el proceso y está pendiente de aprobación por parte de la oficina de Control Interno.

5. Socialización de los resultados de seguimiento a: PQRSD, Plan Anticorrupción y Estado del Sistema de Control Interno

5.1 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 2024, 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 137 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 y recomendaciones del informe así:

Conclusiones:

1. De las 137 solicitudes recibidas en el semestre, se respondieron 131 (95.6%), y se dejaron sin responder seis (6) solicitudes (según el consolidado reportado) correspondiente al 4.4%
2. De las 137 solicitudes recibidas, veintiséis (26) o el 19% de las respuestas fueron realizadas extemporáneas es decir se superó el tiempo legal establecido para su respuesta.
3. Se observa un incremento importante en el porcentaje de respuesta extemporáneas, se recomienda implementar acciones de mejora que permitan que la atención de PQRSD se gestione en los términos que establece la normatividad vigente.

Recomendaciones

1. Revisar y ajustar (si es necesario) y socializar el modelo o formato de respuesta de forma que se logre estandarizar para que sea utilizado por todos los procesos de manera que las todas las respuestas sean homogéneas en pro de la imagen institucional
2. Se recomienda capacitar a los responsables de dar respuesta sobre los criterios o condiciones para la elaboración de respuestas de fondo, con el fin de cumplir con el deber de responder materialmente la petición:
 1. Claridad: la respuesta debe ser de fácil comprensión para la ciudadanía.
 2. Precisión: la respuesta debe desarrollar lo solicitado, evitando analizar temas que no sean objeto de la petición.
 3. Congruencia: la respuesta debe estar directamente relacionada con lo solicitado.
 4. Consecuencia: las entidades deben ser más proactivas en las respuestas, y de resultar importante, deben informar al peticionario el trámite que ha surtido la solicitud y las razones por las cuales considera si es o no procedente.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.

5.2 Resultado de la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno por Componente

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 enero al 30 de junio de 2024, 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 y explica que para el primer semestre de la vigencia 2024 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 junio de 2024 se encuentran presentes y funcionando, así mismo para los cinco (5) componentes los niveles de cumplimiento superan el 85%. y el porcentaje de implementación es del 89%

Continúa informando a los miembros del comité las fortalezas y debilidades (retos) por cada uno de los componentes así:

1. Ambiente de control (24)

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

Nivel de cumplimiento del componente Ambiente de Control: 85%

2 EVALUACION DE RIESGOS (17)

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 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.

Nivel de cumplimiento del componente Evaluación de Riesgos: 91%

3 ACTIVIDADES DE CONTROL (12)

FORTALEZAS

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).

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.

Nivel de cumplimiento del componente Evaluación de Riesgos: 85%

4 INFORMACION Y COMUNICACIÓN (14)

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 remito 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 incrementado 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.

Nivel de cumplimiento del componente Evaluación de Riesgos: 86%

5 MONITOREO (14)

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 auditoria 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

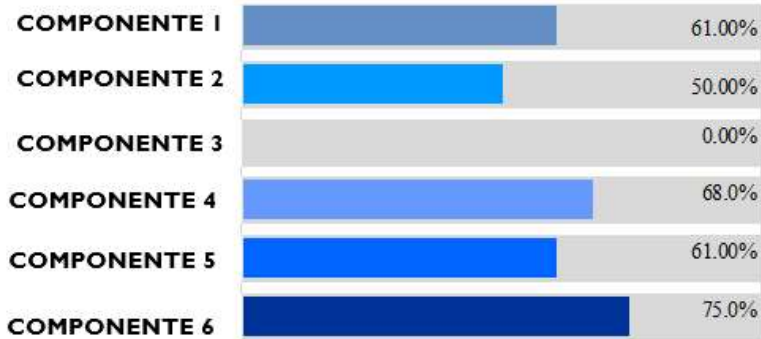
- 1. No se evidencia el Mapa de Aseguramiento que consolide la información de la segunda y tercera líneas de defensa de la entidad relacionando los aspectos clave, los riesgos asociados al mismo, sus responsables y áreas funcionales
- 2. Se requiere la aplicación de Autoevaluaciones periódicas por parte 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.

Nivel de cumplimiento del componente Evaluación de Riesgos: 96%

5.3 Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

La Dra. Marlli Sánchez continúa dando a conocer el resultado del seguimiento al avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2024, en el cual evidencia que se encuentra publicado en la página web de la Entidad y fue que fue estructurado incluyendo seis (6) componentes, diecinueve (19) subcomponentes y treinta y cinco (35) actividades para la vigencia 2024, de las cuales se observa un avance del 61,0% acumulado de acuerdo al resumen siguiente por componente:

Componentes	# Actividades	CUMPLIDAS	CON AVANCE	SIN AVANCE
COMPONENTE 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	8	4	2	2
COMPONENTE 2: Racionalizacion de Tramites	1	0	1	0
COMPONENTE 3: Rendición de cuentas	2	0	0	2
COMPONENTE 4: Servicio al Ciudadano	9	3	5	1
COMPONENTE 5: Mecanismos para la Transparencia	9	4	3	2
COMPONENTE 6: Iniciativas adicionales	6	4	1	1
TOTAL	35	15	12	8



Concluye la socialización recomendando a lo líderes de proceso revisar de manera especial las ocho (8) actividades que continúan sin presentar avance durante el cuatrimestre objeto del informe, con el fin de que se tomen las medidas oportunas para avanzar en su cumplimiento.

6. Avance del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de Control Interno vigencia 2024

La Dra. Sandra Mejía, Jefe de la Oficina de Control Interno toma la palabra he inicia explicando que el plan anual de auditoría es el documento de planeación, que contiene las actividades formuladas que debe ejecutar la Oficina de Control Interno, cuya finalidad es planificar y establecer los objetivos proyectados para la vigencia 2024 para evaluar y mejorar la eficiencia de los procesos de operación, control y gobierno, continúa explicando que las actividades plasmadas en el programa anual de la Oficina de Control interno están enmarcadas en los cinco (5) roles que debe cumplir la OCI según lo establecido en el Decreto 648 de 2017, y la “Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces” del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Continúa explicando que, de acuerdo al plan formulado al inicio de la vigencia, este está integrado por tres (3) componentes: 1. Auditorías internas 2. Informes de Seguimiento y 3. Otros roles y actividades.

Con respecto al componente **1, Auditorías internas**, informa que se tiene un avance de cumplimiento del 54% (representado en el cumplimiento del 100% de las auditorías y Gestión de Bienes y servicios y Gestión Documental), en cuento al componente **2. Informes de seguimiento**: la jefe de la Oficina de Control Interno informa que se tiene un avance de cumplimiento del 58% (representado en el cumplimiento de informes de ley y de seguimiento) y por último para el componente **3. Otros roles y actividades**: se alcanzo un avance del 81%, s muestra el resultado en la siguiente figura:



7. El autocontrol: fundamento del control interno

La Dra. Marlli inicia explicando el significado del Autocontrol definido como: la autoevaluación o autocrítica objetiva, que el servidor público hace a la forma en que cumple con sus funciones y se desenvuelve en su ambiente laboral. Situación que implica que adopte una conciencia de mejoramiento y cambio, una profunda motivación y compromiso frente a sus comportamientos y actuaciones, para mejorar su desempeño y alcanzar los resultados esperados.

¿CÓMO EJERCITARSE EN EL AUTOCONTROL?

En términos prácticos, el Autocontrol se alcanza cuando lo consideramos como:

Una actitud que nos permite desarrollar las funciones de manera correcta, con positivismo, compromiso y responsabilidad.

Una conducta personal de vigilancia sobre el trabajo para evaluarlo, detectar desviaciones y efectuar correctivos y mejoras.

Una disciplina individual que guía, regula y dirige el comportamiento en la búsqueda de un beneficio personal y organizacional.

Al concebir el Autocontrol, como una actitud, una conducta y una disciplina, se entiende como una práctica que se puede adquirir mediante un proceso de aprendizaje que incluye cuatro fases:

- a. Concientización Personal
- b. Análisis y Evaluación de limitantes
- c. Implementación de acciones de mejora y/o fortalecimiento de competencias
- d. Mejoramiento Progresivo

6. PROPOSICIONES Y VARIOS.

No se presentaron

7. COMPROMISOS

RESPONSABLE	ACCIONES	FECHA LIMITE CUMPLIMIENTO
Secretaria General Gustavo Adolfo Villamizar	Gestionar junto con el área financiera la respuesta a los requerimientos realizados al contratista proveedor del software safix,	31 de octubre de 2024

	(actualmente está en funcionamiento en la entidad), con el fin de el/los conceptos(s) por escrito sobre su funcionalidad y así tomar las decisiones que sean pertinentes.	
Jefe de Talento Humano Alonso Lagos Chinchilla	Proyectar y enviar circular dirigida a los funcionarios de libre nombramiento y remoción y trabajadores oficiales, sobre la entrega obligatoriedad por parte de los contratistas de hacer entrega de la información producto de las actividades desarrolladas durante la ejecución de los respectivos contratos, así como la responsabilidad de consolidación, almacenamiento y custodia por parte de los jefes de área	15 de octubre de 2024
Jefe de Planeación Andrés Fernando Balcázar Castaño	Consultar y presentar a la Dra. Carolina Joya - Gerente un concepto y/o norma referente a la obligatoriedad de contar con carpetas físicas de los procesos contractuales que se publican en Secop II	30 de octubre de 2024
Se da por terminado el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, en la ciudad de Floridablanca, siendo las 11: 50 a.m. del día 27 de septiembre 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 Interno</i>		