

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

Floridablanca, 02 de diciembre de 2025
Hora de inicio: 9:15 a.m. a 11:40 a.m.
Lugar: Sede Canal TRO – Floridablanca

1. ASISTENTES			
No.	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE
1	Edna Carolina Joya Núñez	Gerencia	Gerente
2	Henry Alfonso Diaz Hernández	Secretaria General	Secretario General
3	Lina Vanessa Ramírez Gamboa	Dirección de Producción y Programación	Directora de Producción y Programación
4	Andrés Fernando Balcázar Castaño	Oficina de Planeación	Jefe de Planeación
5	Laura Camila Pinilla Mejía	Oficina TRO Digital – Oficina Comunicaciones (e)	Jefe de TRO Digital
6	Juan Manuel Arenas Galvis	Dirección Técnica	Director de Técnica y emisión
7	Alonso Lagos Chinchilla	Oficina de Talento Humano	Jefe de Talento Humano
8	James Ronald Bernal Bermúdez	Almacén	Jefe de Almacén
9	Yoana Andrea Villamizar Contreras	Oficina de Comunicaciones	Encargada Oficina Comunicaciones
10	Griver Maryeny Rojas Guadrón	Gestión Documental	Encargada de Gestión Documental
11	Marlli Sánchez Contreras	Mejoramiento Continuo	Encargada de Mejoramiento Continuo
12	Yurani Liceth torres	Financiera	Contadora
13	Sandra Patricia Mejía Abello	Oficina de Control Interno	Jefe de Control Interno

2. INVITADOS			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	ACTIVIDAD QUE CUMPLE

3. AUSENTES			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	JUSTIFICACION
1	Geimy Juliana Jiménez Ortiz	Archivo Audiovisual	No presenta

4. ORDEN DEL DÍA:			
<ol style="list-style-type: none"> Verificación del quorum y aprobación del orden del día Palabras de la Dra. Edna Carolina Joya Núñez– Gerente Aprobación del acta No.2 del 20 de agosto de 2025 Presentación de los principales resultados de las auditorías realizadas a los procesos Gestión Financiera, Gestión de Archivo Audiovisual y Gestión de Comunicaciones Socialización del avance al cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Publica Seguimiento al monitoreo y materialización de riesgos Avance del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de Control Interno vigencia 2025 Fomento de la cultura del Autocontrol Proposiciones y Varios Cierre de la reunión 			

5. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA:			
<p>1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día Siendo las 9:15 a.m. del día 2 de diciembre de 2025, 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 25 de noviembre de 2025, 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:</p>			
<p>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 agradece a los líderes de los procesos la disposición y apoyo permanente en los procesos de auditoría realizados por la oficina de control interno, así mismo, puntualiza en la importancia de la entrega oportuna la información solicitada, prosigue refiriéndose al proceso de recertificación de calidad que está próximo a llevarse a cabo en la entidad, aclarando que es importante que cada líder lea, estudie o en su defecto si les cuesta hacer comprensión de lectura memorícenselo, pero</p>			

apoyen la entidad para lograr ser recertificados que es muy importante para la calidad como entidad pública que somos, concluye su intervención agradeciendo su compromiso y asistencia.

3. Aprobación del acta No.02 del 20 de agosto de 2025

La doctora Marlli Sánchez, encargada del área de mejoramiento continuo toma la palabra e inicia aclarando que el acta No. 20 del 02 de agosto 2025, fue enviada como documento adjunto a la convocatoria con el fin de que fuera revisada con antelación por los miembros del comité, continúa haciendo una breve lectura de los puntos más relevantes contenidos en el acta y sometiéndola a aprobación de los asistentes, siendo aprobada por unanimidad.

4. Presentación de los principales resultados de las auditorías realizadas a los procesos Gestión Financiera, Gestión de Archivo Audiovisual y Gestión de Comunicaciones

La Jefe de Control Interno, Dra. Sandra Mejía, dió inicio a este punto informando las principales situaciones evidenciadas durante el proceso de auditoría a las áreas de Gestión Financiera, Gestión de Archivo Audiovisual y Gestión de Comunicaciones, así:

Gestión Financiera

Fortalezas

- El equipo financiero demuestra conocimientos actualizados en materia contable, presupuestal y normativa, reflejándose en la calidad del trabajo y en la adecuada interpretación de los lineamientos técnicos.
- El software contable y financiero que centraliza la información de presupuestos, pagos, cuentas por cobrar y por pagar, facilitando el acceso oportuno a datos precisos.

Hallazgos

- **Hallazgo 1: Incumplimiento a lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, definido por la Contaduría General de la Nación, en cuanto a la obligación de mantener actualizadas las políticas contables institucionales, en concordancia con el marco normativo vigente,** Ya que en la revisión efectuada al documento Manual de Políticas Contables código A-GF-M02 se evidenció que este documento no se encuentra actualizado en relación con la normatividad vigente, las disposiciones emitidas por la Contaduría General de la Nación ni con las Normas Internacionales de Información Financiera para el sector público (NIIF – sector gobierno) y los cambios en la estructura organizacional interna.
- **Hallazgo 2: Incumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 055 de 12 de marzo 2024, la cual dispone que las sesiones deben efectuarse de manera bimensual,** ya que durante la revisión se encuentra que durante la vigencia 2024, aunque se realizaron seis (6) reuniones (según las actas recibidas), no se cumplió con la frecuencia bimensual establecida en la resolución, teniendo en cuenta que durante el primer semestre se evidencia la realización de una (1) reunión y se concentran en el segundo semestre las cinco (5) restantes, por lo que se recomienda la elaboración y aprobación de un cronograma anual y el seguimiento a su cumplimiento.
- **Hallazgo 3: Incumplimiento a lo dispuesto en la Resolución No. 411 del 29 de noviembre de 2023 de la Contaduría General de la Nación, referente a la obligación de las entidades a presentar los informes financieros dentro de los plazos fijados en el cronograma oficial de rendición de cuentas,** Durante la consulta realizada al aplicativo CHIP se evidenció que los informes financieros correspondientes a los periodos Octubre – diciembre 2024 y Enero – marzo 2025 fueron presentados a la Contaduría General de la Nación fuera de los plazos establecidos en la normatividad vigente (ver cuadros anteriores), lo cual genera Incumplimiento de la normatividad expedida por la Contaduría General de la Nación, Riesgo de sanciones administrativas, afectación de la confiabilidad y oportunidad de la información consolidada a nivel nacional, deterioro en la imagen institucional frente a los entes de control.

Gestión de Archivo Audiovisual

Fortalezas

- La entidad cuenta con el software VSN (por sus siglas Video Stream Networks), la cual es una plataforma integral de gestión de contenidos audiovisuales, herramienta tecnológica utilizada para gestionar, catalogar, archivar, buscar, automatizar y distribuir los contenidos audiovisuales en distintos formatos y plataformas, lo cual permite optimizar la organización y trazabilidad del patrimonio audiovisual.

Hallazgos

- **Hallazgo 1: Incumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, el cual establece que las entidades productoras de material audiovisual deben garantizar la correcta gestión de sus archivos mediante procedimientos continuos de ingreso, descripción, catalogación, conservación y disposición final, con el fin de asegurar la preservación y acceso a la memoria institucional,** ya que durante la verificación del proceso de Archivo Audiovisual, se evidenció retrasos en las actividades técnicas propias del proceso, como ingesta, catalogación y copia legal, las cuales no se han sido realizadas o cargadas oportunamente en el sistema de gestión de contenidos audiovisuales VSN, evidenciándose en el caso de la copia legal en la vigencia 2024 un 35% de archivos cargados y en la vigencia 2025 un 33% de archivos cargados, lo cual puede ocasionar pérdida de trazabilidad del material audiovisual, riesgo de deterioro o pérdida de información, incumplimiento de los lineamientos archivísticos nacionales y afectación a la preservación y acceso del patrimonio audiovisual del canal.
- **Hallazgo 2: Incumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, en el cual se establece que las entidades públicas deben implementar instrumentos de control archivístico que permitan identificar, localizar y preservar los documentos audiovisuales, asegurando su conservación y acceso,** ya que, durante la revisión al proceso de Gestión de Archivo Audiovisual, se

evidenció que no cuenta con un inventario actualizado y formalmente documentado del material audiovisual bajo su custodia.

Gestión de Comunicaciones

Fortalezas

- El proceso cuenta con canales formales y estructurados para la difusión de información interna y externa, incluyendo boletines, comunicados, medios digitales y actividades de visibilidad institucional. Esto permite garantizar la coherencia del mensaje, mantener informados a los grupos de interés y fortalecer la imagen institucional, evidenciando una gestión proactiva y organizada en el manejo de la información.

Hallazgos

- Hallazgo 1: Ausencia de formulación y/o actualización y aprobación formal del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO) para la vigencia 2025**, ya que durante el proceso auditor se evidenció que el Plan Estratégico de Comunicaciones y Mercadeo (PECO) de la vigencia 2025 no se encuentra formalmente formulado ni aprobado, no se encontró acto administrativo, resolución, memorando o aval oficial que valide su aprobación para la vigencia antes mencionada
- Hallazgo 2: Incumplimiento a lo establecido en el procedimiento: “Apoyo para el posicionamiento de imagen institucional” (E-GC-P04), específicamente numeral 5. Políticas de operación y numeral 8. EVALUACIÓN referente a la aplicación de la encuesta de satisfacción para evaluar el posicionamiento de marca, Canal TRO**, ya que durante el proceso auditor no se logra obtener evidencia de las reuniones mensuales con el equipo de trabajo para revisar los avances de los eventos del canal TRO, así como tampoco se evidencia la aplicación y análisis de la encuesta de Posicionamiento de Marca
- Hallazgo 3: Incumplimiento a lo establecido en el procedimiento “Control de los Derechos de Petición, Quejas, Reclamos y Sugerencias (E-GC-P02)”**, ya que durante la verificación al cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento no se logró evidenciar la apertura de los buzones de PQRSD y sus respectivas actas, situación que podría limitar la trazabilidad de las PQRSD, impedir la atención oportuna de los requerimientos de los usuarios y afectar el cumplimiento de los lineamientos internos de la entidad.
- Hallazgo 4: Inobservancia a las normas de control interno y el procedimiento de seguimiento a hallazgos de auditoría, que establece que las entidades deben implementar acciones correctivas efectivas para atender las observaciones identificadas, evitando su reincidencia**, ya que durante la presente auditoría se evidenció que algunas situaciones detectadas en la auditoría anterior (vigencia 2022) se han repetido, como es el caso de la inexistencia de las actas de apertura de los buzones y el Incumplimiento a la política de operación y a las actividades establecidas en el procedimiento: “apoyo para el posicionamiento de imagen institucional” (E-GC-P04).

5. Socialización del avance al cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública

La jefe de Control interno, Dra. Sandra Mejía, inicia este punto explicando que mediante la Ley 2195 de 2022 – Transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, se fortalece la obligación de implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública, reemplazando y ampliando el antiguo Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), y exige una gestión integral del riesgo de corrupción y conflictos de interés. Prosigue explicando que el Programa de Transparencia y Ética Pública es el conjunto de políticas, estrategias, acciones y controles que implementan las entidades públicas para prevenir la corrupción, promover la integridad, garantizar la transparencia en la gestión pública y fortalecer la confianza ciudadana, este programa busca que las entidades actúen bajo principios éticos, gestionen adecuadamente los riesgos de corrupción y aseguren el acceso a la información pública, fomentando una cultura organizacional basada en la legalidad, la responsabilidad y el buen uso de los recursos públicos.

El PTEP de la entidad esta estructurado en ocho (8) componentes:



Componentes	N° de actividades por componente	Actividades finalizadas a corte de 30 de agosto	Actividades en ejecución	Actividades pendientes de iniciar su ejecución a corte de 30 de agosto	Con retraso	% DE AVANCE	Acciones	Meta o producto
1. Gestión Integral del Riesgo de Corrupción	4	2	2	0	0	79%	6.1 Proyectar el informe de gestión de la vigencia 2025 para ser socializado a los grupos de interés	Un (1) informe de gestión realizado y socializado
2. Estado Abierto	2	2	0	0	0	100%		
3. Redes Institucionales y Canales de Denuncia	2	0	2	0	0	100%		
4. Transparencia y Acceso a la Información Pública	4	4	0	0	0	100%		
5. Legalidad e Integridad	3	2	1	0	0	83%	6.2 Revisar y Actualizar la Política de participación Ciudadana	Una (1) Política de participación ciudadana actualizada
6. Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas	2	0	0	2	0	0%		
7. Iniciativas Adicionales	2	2	0	0	0	100%		
8. Debida diligencia	1	1	0	0	0	100%		
Total Actividades-PTYEP	20	13	5	2	0	83%		

Continúa la presentación socializando el avance del programa a corte 30 de agosto de 2025, el cual corresponde a un 83%, producto de la ejecución de las 20 actividades distribuidas en los ocho (8) componentes como se muestra en el cuadro anterior

Concluye la presentación haciendo énfasis en las actividades que no tienen ejecución y que corresponden al componente 6, recomendando se tomen las medidas necesarias para su cumplimiento a 31 de diciembre

6. Seguimiento al monitoreo y materialización de riesgos

La Dra. Marlli Sánchez toma la palabra e inicia explicando que el monitoreo tiene como propósito evaluar la implementación de la gestión de riesgos y la efectividad de las acciones adoptadas para mitigar los riesgos identificados en Televisión Regional del Oriente – Canal TRO, en cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo, continua informando que el análisis corresponde al primer cuatrimestre de 2025 (enero–abril) y se desarrolla en el marco de las líneas de defensa institucionales. En este esquema, la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, acompaña a los líderes y responsables de los procesos en la administración, evaluación y seguimiento del Mapa de Riesgos, consolidando la información necesaria para facilitar la revisión y garantizar el adecuado desarrollo de los procesos institucionales.

Continúa explicando el número riesgos por tipo y sus controles a cargo de cada proceso como se muestra en la siguiente tabla:

No	PROCESO	RIESGOS DE GESTION	CONTROLES IDENTIFICADOS	ACCIONES	RIESGOS DE CORRUPCION	CONTROLES IDENTIFICADOS	ACCIONES	RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION
1	Gestión de Planeación Institucional	2	2	7	1	1	1	1
2	Gestión TRO Digital	2	2	4	1	1	1	1
3	Gestión de Comunicaciones	2	4	4	1	1	1	0
4	Gestión de Comercialización y Ventas	1	3	3	2	2	2	0
5	Gestión de Producción	2	2	2	1	1	1	1
6	Gestión de Programación	3	3	3	2	2	2	2
7	Gestión Técnica	3	5	5	2	2	3	3
8	Gestión Archivo Audiovisual	1	4	3	1	1	1	1
9	Gestión Financiera y presupuestal	4	5	6	2	7	3	2
10	Gestión de Bienes y servicios	1	2	2	1	1	2	1
11	Gestión Documental	4	4	8	1	1	1	1
12	Gestión Jurídica	4	5	4	2	2	2	0
13	Gestión de Talento Humano	2	3	3	1	1	1	1
14	Gestión de Evaluación y Control	2	4	4	1	1	1	0
15	Gestión de Mejoramiento Continuo	3	6	6	1	1	1	1
TOTAL		36	54	64	20	25	23	15
TOTAL CONSOLIDADO RIESGOS					71			
TOTAL CONSOLIDADO CONTROLES					106			
TOTAL CONSOLIDADO DE ACCIONES					106			

Explica que, durante el segundo cuatrimestre la Oficina Asesora de Planeación realizó el seguimiento a los **15 procesos del Canal TRO**, recibiendo reportes con una participación del 100% en la ejecución de los controles y acciones adicionales previstas para la mitigación de riesgos.

Y concluye indicando que, a la fecha, **no se han presentado materializaciones de riesgos** en ninguno de los procesos monitoreados, lo que evidencia un manejo oportuno y efectivo de los controles, así como el compromiso de los equipos responsables.

Como parte de la tercera línea de defensa, **la Oficina de Control Interno** desarrolla una verificación independiente y objetiva de la eficacia de los controles y del cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas, en concordancia con la normatividad y las políticas institucionales.

Informe de riesgos materializados

La Dra. Marlli Sánchez, líder del área de Mejoramiento Continuo, toma la palabra para explicar que, de acuerdo con el Programa de Transparencia y Ética Pública, se deben presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno al menos dos informes sobre los riesgos materializados. Estos informes deben reflejar el seguimiento de la matriz de riesgos, continúa comunicando que, La Oficina de planeación y de control interno, de acuerdo con las responsabilidades establecidas en la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, realizaron el monitoreo del mapa de riesgos y como conclusión del ejercicio realizado **no se reporta materializaciones de riesgos** en ninguno de los procesos monitoreados, adicionalmente, se concluye que la entidad cuenta con una estructura y metodología definidas para la administración del riesgo; sin embargo, se requiere fortalecer la cultura organizacional hacia una gestión proactiva, basada en análisis oportuno y verificación de controles, de manera que la administración del riesgo aporte valor a la gestión institucional y contribuya a la prevención de eventos que puedan afectar la operación, la transparencia y los resultados esperados.

7. Avance del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos de Control Interno vigencia 2025

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 2025 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, se tiene un avance total del 92% a corte 30 de noviembre, el cual 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 94% (representado en el cumplimiento del 100% de cuatro (4) auditorías y del 70% de una (1) restante), de las cinco formuladas al inicio de la vigencia, en cuanto al componente **2. Informes de seguimiento**: la jefe de la Oficina de Control Interno informa que se tiene un avance de cumplimiento del 90% (representado en el

cumplimiento de informes de ley y de seguimiento) y por último para el componente **3. Otros roles y actividades**: se alcanzó un avance del 98%, se muestra el resultado en la siguiente figura:



9. Fomento de la cultura del Autocontrol

La Dra. Marlli Sánchez inicia explicando que dentro de los roles de la oficina de control interno se encuentra el de fomentar la cultura del autocontrol, para lo cual socializa la definición del autocontrol como la Capacidad que deben desarrollar los servidores públicos para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos necesarios para lograr el cumplimiento de las metas individuales, lo define también como el resultado de la aplicación de principios y valores institucionales, y como el sentido de pertenencia que debemos tener por nuestra entidad para hacer bien nuestras actividades diarias, continua socializando las principales herramientas del autocontrol entre las que se encuentran: La planeación, el adecuado manejo del tiempo, el adecuado uso de los recursos a su disposición, la toma de conciencia y la adecuada distribución de responsabilidades.

Trabajo en Equipo y la Cultura del Autocontrol

La Dra. Marlli Sánchez, explica que el trabajo en equipo y la cultura del autocontrol se relacionan de manera simbiótica, donde el autocontrol individual potencia el trabajo en equipo y este último refuerza la cultura del autocontrol en una organización. El autocontrol permite a cada miembro gestionar sus emociones y responsabilidades para no perjudicar al equipo, mientras que el trabajo en equipo facilita la identificación colectiva de problemas y la búsqueda de mejoras, reforzando la idea de que el desempeño de cada uno afecta al resultado grupal.

Continúa enumerando las características (mayormente actitudinales) que necesitamos tener para lograr un verdadero trabajo en equipo como son: Compartir nuevas ideas y dar soluciones, Aportar opiniones, ofrecer información y hechos relevantes, coordinación y cooperación en las actividades de todos los miembros, empatía; comprender al otro; apoyar ideas distintas a las nuestras; interesarse por las ideas de los demás y desarrollarlas y finaliza socializando los **Componentes clave de trabajar en equipo**, haciendo referencia a las cinco C del trabajo en equipo con las cuales se logra conseguir un equipo bien cohesionado, definiendo estas cinco C: 1. Comunicación 2. Coordinación 3. Complementariedad, 4. Confianza y 5. Compromiso

6. PROPOSICIONES Y VARIOS.

No se presentaron

7. COMPROMISOS

RESPONSABLE	ACCIONES	FECHA LIMITE CUMPLIMIENTO

Se da por terminado el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, en la ciudad de Floridablanca, siendo las 11:40 a.m. del día 20 de agosto de 2025.

EDNA CAROLINA JOYA NUÑEZ
Presidente

SANDRA PATRICIA MEJIA ABELLO
secretaria técnica

Anexos: Registro de asistencia
Correos de evidencia.

Elaboró: Sandra Patricia Mejía Abello – Jefe de Control Interno
Revisó: Sandra Patricia Mejía Abello – Jefe de Control Interno