

	ACTA No 2	Código: A-GD-G01-F01
	COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO	Versión: 03
		Fecha: 13/09/2023

Floridablanca, 20 de agosto 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	Griver Maryeny Rojas Guadrón	Gestión Documental	Encargada de Gestión Documental
7	Alexandra Guerrero Mora	Comercialización y ventas	Encargada de Comercialización
8	James Ronald Bernal Bermúdez	Almacén	Jefe de Almacén
9	Alonso Lagos Chinchilla	Oficina de Talento Humano	Jefe de Talento Humano
10	Marlli Sánchez Contreras	Mejoramiento Continuo	Encargada de Mejoramiento Continuo
11	Sebastián Granados A.	Oficina de Comunicaciones	Encargado Oficina Comunicaciones
12	Geimy Juliana Jiménez Ortiz	Archivo Audiovisual	Auxiliar de Archivo Audiovisual
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			

4. ORDEN DEL DÍA:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación del quorum y aprobación del orden del día 2. Palabras de la Dra. Edna Carolina Joya Núñez– Gerente 3. Aprobación del acta No.1 del 25 de febrero de 2025 4. Presentación para aprobación de la Política Antisoborno, anticorrupción y antifraude 5. Presentación de los resultados de la autoría realizada el proceso Gestión Jurídica 6. Presentación de los resultados de seguimiento al tratamiento de PQRSD 7. Informe de Riesgos: a. Seguimiento a riesgos, b. Aprobación de riesgos fiscales y c. Materialización de riesgos 8. Presentación del Plan Anual de Auditorías internas de Calidad - Vigencia 2025 de la Oficina de Mejoramiento Continuo. 9. Fomento de la cultura del Autocontrol 10. Proposiciones y Varios 11. 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 20 de agosto de 2025, en la sala de Juntas de la Gerencia del Canal TRO, se da inicio al segundo 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. 4, enviada a través del correo Institucional el día el 13 de agosto 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 exhorta a los líderes de los procesos a entregar de manera oportuna la información solicitada, así como hacer cumplir los planes que se aprueban y que es obligación incorporarlos en las áreas, ya que es una responsabilidad muy grande que a veces no magnificamos, resalta la importancia de prestarle atención a estos temas de auditoría y continua invitando a los líderes de proceso a apoyarse con</p>

las áreas de mejoramiento Continuo y Control Interno en los temas que se requieran teniendo en cuenta que estas áreas están prestas a colaborar y resolverles cualquier duda, ya que tienen información histórica del canal que les puede ayudar, concluye recordándoles a los líderes la responsabilidad y el apoyo que deben brindar tanto a Marlli Sánchez encargada del área de mejoramiento continuo como a Sandra Mejía jefe de control interno en el cumplimiento de los planes para que los informes que estas áreas presentan sean positivos y agradeciendo su compromiso y asistencia.

3. Aprobación del acta No.1 del 25 de febrero de 2025

La doctora Marlli Sánchez, encargada del área de mejoramiento continuo toma la palabra e inicia aclarando que el acta No. 1 de 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 para aprobación de la Política Antisoborno, anticorrupción y antifraude

La Dra. Marlli Sánchez, encargada del proceso de Mejoramiento Continuo explica a los miembros del comité que la política Antisoborno, anticorrupción y antifraude de la Televisión Regional del Oriente Canal TRO Ltda. establece los principios y lineamientos para prevenir, detectar, investigar, sancionar y dar seguimiento a cualquier acto que pueda afectar la transparencia e integridad de la entidad. Su adopción fortalece el compromiso institucional con la ética, la confianza ciudadana y el cumplimiento de la normatividad vigente y continua exponiendo los aspectos generales como su objetivo definiéndolo como: Establecer lineamientos claros y específicos para la prevención, detección, gestión y sanción de conductas asociadas al soborno, corrupción y fraude en Canal TRO, con ello, fortalecer la gobernanza, garantizar la transparencia en los procesos institucionales y promover un ambiente de integridad y confianza entre colaboradores, contratistas y terceros vinculados, prosigue explicando su alcance y sus principios rectores como son:

Legalidad → Cumplimiento estricto de la normativa aplicable.

Transparencia → Claridad y acceso público a la gestión.

Responsabilidad → Cumplir compromisos y asumir consecuencias.

Probidad → Honestidad y rectitud en el ejercicio de funciones.

Equidad → Trato justo e igualitario, sin discriminación.

Imparcialidad → Objetividad en la toma de decisiones.

Rendición de cuentas → Reporte claro y oportuno de la gestión y resultados.

Prosigue explicando a los miembros del comité los mecanismos de denuncia, mencionando que el Canal TRO dispondrá de canales formales y accesibles para que cualquier persona, interna o externa, pueda reportar de manera segura y confidencial presuntos actos de soborno o conductas contrarias a la ética institucional.

Estos mecanismos incluirán:

- ✓ Correo institucional exclusivo para denuncias.
- ✓ Formulario virtual en la página web.
- ✓ Línea telefónica de atención.
- ✓ Buzón físico en las instalaciones.

Se garantizará la confidencialidad de la información, la protección contra represalias a denunciantes de buena fe y el seguimiento oportuno a cada caso, conforme a la normativa vigente y los lineamientos del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Las funciones y responsabilidades en cuanto a la aplicación de la política recaen en:

Alta Gerencia	Oficina de Control Interno	Jefe de Talento Humano	Jefes o Encargados de área	Todos los colaboradores:
<ul style="list-style-type: none"> • Liderar la cultura de integridad y ética en la organización, aprobar esta política y asegurar su cumplimiento. Facilitar recursos y apoyo para su implementación 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar auditorías, seguimiento de denuncias, investigaciones y reportes. Garantizar la confidencialidad y el debido proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y ejecutar planes de formación y sensibilización relacionados con esta política. Apoyar en la evaluación del comportamiento ético del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar y supervisar el cumplimiento de la política en sus equipos. Detectar y reportar posibles riesgos o incumplimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer, aplicar y promover esta política. Reportar hechos o sospechas de actos indebidos mediante los canales institucionales.

La Dra. Marlli concluye su intervención socializando el Plan de divulgación y los lineamientos para su Control, actualización y vigencia así:

Para su Divulgación:

- Publicación de la política en los correos electrónicos institucionales y página web institucional.
- Inclusión en el proceso de inducción para nuevos colaboradores y contratistas.

Para su Control, actualización y vigencia:

- Cualquier actualización deberá ser comunicada oportunamente a todos los colaboradores
- La Oficina de Control Interno revisará esta política anualmente, proponiendo ajustes basados en cambios normativos, resultados de las evaluaciones y necesidades institucionales cuando aplique. El jefe de Planeación verificará que las modificaciones sean coherentes con las prioridades de la organización; si no lo están, solicitará revisiones o aclaraciones.

- Una vez revisada, la política será sometida a aprobación de la Alta Gerencia y del Comité de Coordinación de Control Interno.

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

5. Presentación de los resultados de la auditoría realizada el proceso Gestión Jurídica

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 Jurídica, 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 socializando las fortalezas y los hallazgos:

Fortalezas

- Como resultado de la auditoría se evidencia que la gestión adelantada por el Proceso Gestión Jurídica se realiza de manera razonable dentro del marco regulatorio aplicable y vigente; para lo cual aplica Manuales, procedimientos y formatos que le permiten asegurar la eficiencia, calidad y consistencia en sus actividades.
- En cuanto a la Gestión Contractual de la Entidad, cumple con las disposiciones, procedimientos y exigencias contenidas en la normatividad y en el Manual de Contratación,

Hallazgos

Hallazgo 1: Inobservancia a lo establecido en el numeral 5.POLÍTICAS DE OPERACIÓN de la GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SIG, referente a que toda la documentación del SIG debe ser coherente, clara, sencilla, actualizada, concreta y uniforme, a su vez debe incluir solamente las explicaciones y definiciones estrictamente necesarias y la redacción de las actividades debe hacerse en tercera persona.

Durante el proceso de revisión de la documentación, específicamente el documento denominado GUIA PARA LA REVISIÓN CONTRACTUAL (A-GJ-G01), se encuentra que en el transcurso del documento se hace referencia en múltiples oportunidades al Acuerdo 11 de 2017 (Manual de Contratación) el cual no está vigente, ya que fue derogado por el Acuerdo No. 012 del 19 de abril de 2023, con lo cual se evidencia que el documento se encuentra desactualizado, lo cual podría causar confusión, errores, retrasos y pérdida de tiempo.

Hallazgo 2: Incumplimiento a lo establecido en el Artículo 92 del acuerdo 012 de 2023 Manual de contratación que establece que: La publicación electrónica de la actividad contractual a que se refiere el presente artículo deberá hacerse en la fecha de su expedición, o, a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. Ya que durante el proceso de revisión de los expedientes (físicos) contractuales, se encuentra que en los procesos: OS-004-2024 (Travesías) y OS-010-2024 (Imagroup), se evidencian actividades posteriores a las fechas establecidas de terminación de la ejecución, sin lograr evidenciar un documento de prórroga o adición de plazo que justifique la realización de dichas actividades en fechas posteriores, con el fin de verificar la si digitalmente se realizó la gestión, se revisa la documentación de los procesos en Secop II y se encuentra que para ambos procesos se publicaron las prórrogas los días 24 de abril de 2025 y 25 de abril de 2025 respectivamente, siendo extemporáneas teniendo en cuenta que fueron expedidos en la vigencia 2024.

Hallazgo 3: Incumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 ARTÍCULO 2.2.4.2.18. Exámenes médicos ocupacionales. El Cual establece: “..Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista.” Ya que durante el proceso de revisión de los expedientes (físicos) contractuales, se encuentra que en el expediente 3 contratista: LAURA INES MARTINEZ GUTIERREZ, el examen médico ocupacional aportado es de fecha 15/01/2021, excediendo los 3 años de vigencia que permite la normatividad ya que el contrato se suscribió el 1 de abril de 2024.

Hallazgo 4: Incumplimiento a lo establecido en el Artículo 69 del Acuerdo 012 de 2023 Manual de contratación que establece: CONCEPTO: Con la Liquidación de los Contratos, se busca establecer el resultado final de una contratación desde el punto de vista del logro del objeto contratado y la parte económica final del mismo. En este sentido, CANAL TRO LTDA. al término de los contratos, de obra, de suministro, de tracto sucesivo y en todos aquellos que por su naturaleza o complejidad así lo ameriten, deberá cumplir con este requisito...” Ya que durante el proceso de revisión de los expedientes (físicos) contractuales, en el contrato de suministro No. 1 contratista: DISTRIBUIDORA TOTAL.COM (Yeiny López Díaz), no se evidencia la elaboración del acta de liquidación o documento que evidencie el cumplimiento de este requisito por parte de la entidad.

Hallazgo 5: Incumplimiento a la resolución No. 192 del 03 de noviembre de 2023, ARTÍCULO 5. FUNCIONES. El Comité de Conciliación de TELEVISIÓN REGIONAL DEL ORIENTE LTDA “CANAL TRO” cumplirá las funciones previstas en el artículo 120 de la Ley 2220 de 2022, o las normas que lo modifiquen o sustituyan, ya que durante el proceso auditor se le solicita al área jurídica las actas de comité de las vigencias 2024 y 2025, se recibe respuesta mediante correo electrónico en el cual adjunta una única acta correspondiente al acta No.02 del 26 de junio de 2024, en la cual no se logra evidenciar el cumplimiento de las funciones establecidas mediante la resolución No. 192 del 03 de noviembre de 2023, las cuales fueron mencionadas en este informe, se recomienda revisar la resolución y darle aplicabilidad a lo establecido en el Artículo 5.

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 del proceso y aprobado por la oficina de Control Interno.

6. Presentación de los resultados de seguimiento al 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 2025, 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 109 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:

- Se observa una disminución 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.
- Tener en cuenta que la información que se consolida en el formato E-GC-P02-F03 (FORMATO DE INFORME MENSUAL DE PQRS) debe coincidir con la información registrada en el software (Neptuno) por lo que se recomienda revisar la conveniencia de continuar diligenciando el mencionado formato.
- Teniendo en cuenta que el 77% de las solicitudes ingresaron a través del correo electrónico, se recomienda implementar una estrategia que combine aspectos técnicos, comunicacionales y organizativos para lograr que las PQRSD se radiquen por el formulario dispuesto en la página web de la entidad, con actividades referentes a:
 - Mejorar el módulo de quejas en la página web asegurando que sea fácil de usar para ingresar las PQRSD
 - Comunicar el cambio a tus usuarios: campañas para informar que solo se recibirán PQRSD por la aplicación.
 - Automatizar respuestas en el correo
 - Desactivar o limitar el canal de correo

7. Informe de Riesgos: a. Seguimiento a riesgos, b. Aprobación de riesgos fiscales y c. Materialización de riesgos

a. Seguimiento a 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 primer 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.

Toma la palabra la Dra. Sandra Mejía para socializar las conclusiones del seguimiento a los riesgos realizado por la oficina de control interno así:

- Se evidencia mejora en el diseño de los controles, ya que se subsanaron falencias encontradas en informes anteriores,
- Se encuentra que dentro del mapa se incluyen riesgos con riesgo inherente bajo, lo cual contraviene lo establecido en la Política de administración de riesgos de la entidad, la cual establece que solo se incluirán

los riesgos que se ubiquen en la zona moderada, alta y extrema del mapa de calor por lo que se recomienda realizar su valoración de manera adecuada para incluir los que se encuentren en las zonas antes mencionadas.

3. Durante el seguimiento se encuentra que el riesgo inherente es igual al riesgo después de aplicado los controles (residual), por lo que se recomienda revisar la efectividad del control o la valoración realizada

4. Se recomienda revisar la adecuación de las causas previstas con el riesgo que se pretende controlar, ya que durante el seguimiento se evidencia que gran parte de los controles, por sí solos, no garantiza que el riesgo no se materialice.

5. Si bien en el formato mapa de riesgos se indica un responsable asignado, en el diseño del control no se incluyó el responsable, ni la periodicidad, ni la forma de ejecutarlo, así como tampoco el complemento (Esta observación aplica para todos los controles)

6. La Segunda Línea de defensa, de acuerdo con las responsabilidades establecidas en la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, realizó el monitoreo del mapa de riesgos y como conclusión del ejercicio realizado no se reporta materialización de riesgos.

7. Se observó que, para los riesgos de corrupción se identificaron causas genéricas, las cuales originan un riesgo de gestión y no de corrupción, por lo que se recomienda efectuar un mayor análisis para determinar las situaciones que pueden ocasionar prácticas corruptas.

b. Aprobación de riesgos fiscales

la Dra. Marlli Sánchez explica que en cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo y en concordancia con las responsabilidades de la segunda línea de defensa, la Oficina Asesora de Planeación ha desarrollado un ejercicio preliminar de identificación de riesgos fiscales potenciales en los procesos del Canal TRO. Este análisis busca reconocer de manera anticipada las situaciones que, de llegar a materializarse, podrían generar impactos económicos para la entidad, tales como sanciones, multas, pérdidas de activos, pagos indebidos o uso inadecuado de recursos públicos.

La información consolidada se presenta para su revisión y validación, con el propósito de que, una vez aprobada, se integren las medidas de control y mitigación correspondientes en el Mapa de Riesgos institucional, fortaleciendo así la gestión financiera y la sostenibilidad del Canal TRO.

Ref	Proceso	Impacto	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente
1	Bienes y Servicios	Económico	A causa de la omisión en la aplicación del procedimiento para actualización del inventario de bienes muebles	Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes por pérdida, extravío, hurto, robo o declaratoria de bienes muebles faltantes pertenecientes a la entidad, a causa de la omisión en la aplicación del procedimiento para actualización del inventario de bienes muebles	Daños Activos Físicos	Alto
2	Secretaría General (Jurídica)	Económico	el supervisor encargado del contrato omite el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones estipuladas dentro del contrato	Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público, por pago total del contrato de prestación de servicios persona natural, sin ejecutar la totalidad del alcance del mismo o por no pago de la totalidad del contrato a pesar de haberse ejecutado el mismo	Ejecucion y Administracion de procesos	Moderado
3	Secretaría General (Financiera)	Económico	Trámite inoportuno a los requerimientos de los entes de control y vigilancia, de acuerdo con sus lineamientos y términos de ley	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos por pago de sanción e intereses moratorios, a causa del trámite inoportuno a los requerimientos de los entes de control y vigilancia, de acuerdo con sus lineamientos y términos de ley	Ejecucion y Administracion de procesos	Moderado
4	Talento Humano	Económico	omisión en la aplicación adecuada de novedades, falta de validación de soportes de novedades, y/o no	Posibilidad de efectos dañosos sobre recursos públicos por errores en la liquidación de la nómina	Ejecucion y Administracion de procesos	Extremo

Una vez terminada la socialización se somete el plan para la aprobación de los asistentes, siendo **aprobado** por unanimidad.

c. Informe de riesgos materializados

La Dra. Marlli Sánchez, líder del área de Mejoramiento Continuo, toma la palabra para explicar que, de acuerdo con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, 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, hasta la fecha no se ha materializado ningún riesgo registrado en la matriz.

8. Presentación del Plan Anual de Auditorías internas de Calidad - Vigencia 2025 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 continuo debe realizar un ciclo de auditorías enfocadas en el cumplimiento de los diferentes numerales de la norma ISO9001, continúa explicando que para la ejecución de esta auditoría se elaboró un plan de auditoría el cual incluye el alcance, los objetivos, el equipo auditor y los criterios, así como la fechas y hora de aplicación de la auditoría y los numerales de la norma a auditar por proceso, la Dra. Marlli finaliza dando lectura al cronograma establecido para la auditoría así .



**PLAN DE AUDITORIAS
INTERNAS**

Código: V-GE-P01-F12

Versión: 02

Fecha: 15/06/2023

CIUDAD Y FECHA : FLORIDABLANCA, 20 DE AGOSTO 2025

ALCANCE DE LA AUDITORIA: Aplica para todos los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad del Canal TRO. Operación del servicio público de TV mediante la administración, operación, producción, realización, programación, comercialización y emisión del canal regional. Operación del plan de medios, logística y publicidad BTL (Below the Line) y ATL (Above the Line)

OBJETIVOS:

1. Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma ISO 9001: 2015.
2. Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, los requisitos de la norma cumpliendo con el alcance del sistema de gestión
3. Determinar la eficacia del sistema de gestión de calidad
4. Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

AUDITOR LIDER: Marlli Sánchez Contreras (MSC)

Miembro Equipo Auditor:

CRITERIOS: Norma ISO 9001:2015

Manual de la Calidad y demás documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos por la entidad.

OBSERVACIONES:

- La auditoría será atendida por los líderes y/o encargados de cada área.
- Se debe asegurar la disponibilidad y presencia del personal en el desarrollo de la auditoria, así como la disponibilidad de los documentos y registros asociado a cada uno de los procesos a evaluar.
- La información presentada por los auditados solo será utilizada con los fines propios de la auditoria y se mantiene la reserva de la misma y su confidencialidad.

No.	PROCESO / ACTIVIDAD	AUDITADO RESPONSABLE	EQUIPO AUDITOR	FECHA	HORA
1	Reunión Apertura	Líderes de procesos	MSC	Agosto 25 de 2025	9:00 a 9:30 am
2	Gestión Documental 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades, 7.5 Información documentada 7.5.1 Generalidades 7.5.2 Creación y actualización 7.5.3 Control de la información documentada 8.2 Requisitos para los Productos y Servicios 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	Griver Margeny Rojas Gualdrón	MSC	Agosto 25 de 2025	9:30 a 11:30 am
3	Gestión Técnica 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 6.3 Planificación de cambios 7.1.3 Infraestructura 8.1 Planificación y Control Operacional 8.2 Requisitos para los productos y servicios 8.5 Producción y prestación del servicio 8.6 Liberación de productos y servicios 8.7 Control de las salidas no conformes 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	Yudi Yesenia Mendez Torres Jhon Fredy Sánchez Mejía	MSC	Agosto 25 de 2025	2:00 a 4:00 pm
4	Gestión Talento Humano y SST 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 7.1.2 Recursos humanos 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos 7.2 competencia 7.3 Toma de conciencia 7.4 Comunicación 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	Alonso Lagos Chinchilla Encargada del SG-SST	MSC	Agosto 25 de 2025	4:00 a 6:00 pm
5	Gestión de Programación y Producción 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 8.1 Planificación y control operacional 8.2 Requisitos para los productos y servicios 8.5 Control de la producción y la prestación del servicio 8.6 Liberación de productos y servicios 8.7 Control de las salidas no conformes 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	Lina Vanessa Ramírez Gamboa	MSC	Agosto 26 de 2025	8:00 a 10:00 am

6	Gestión Archivo Audiovisual 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 7.5.3 Control de la información documentada 8.1 Planificación y Control Operacional 8.2 Requisitos para los Productos y Servicios 8.5 Control de la producción y la prestación del servicio 8.6 Liberación de productos y servicios 8.7 Control de las salidas no conformes 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua		MSC	Agosto 26 de 2025	10:00 a 12:00 m
7	Gestión de Bienes y Servicios 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 7.1 Recursos 8.1 Planificación y Control Operacional 8.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.3 Análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	James Ronald Bernal Bermúdez	MSC	Agosto 26 de 2025	2:00 a 4:00 pm
8	Gestión Comercialización y Ventas 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 8.1 Planificación y Control Operacional 8.2.1 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 8.2.2 Comunicación con los clientes 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicio 8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	Alexandra Guerrero Mora	MSC	Agosto 26 de 2025	4:00 a 6:00 pm
9	Gestión de Evaluación y Control 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 9.2 Auditoría Interna 10 Mejora	Sandra Patria Mejía Abello	MSC	Agosto 27 de 2025	8:00 a 10:00 am
10	Cierre de auditoría	Líderes de procesos	MSC	Agosto 27 de 2025	10:00 a 12:00 m
PREPARÓ (AUDITOR LIDER)		Marlli Sánchez Contreras (MSC)	FECHA:	8/8/2025	
REVISÓ Y APROBÓ		Marlli Sánchez Contreras (MSC)	FECHA:	9/8/2025	

Una vez terminada la lectura se somete el plan para la aprobación de los asistentes, siendo **aprobado** por unanimidad.

9. Fomento de la cultura del Autocontrol

El valor de la empatía

La Dra. Marlli inicia explicando el significado de empatía como la capacidad que tienen las personas de **comprender y respetar los sentimientos y las emociones de otro individuo** y sentirlos como propias. El proceso de empatía requiere la observación de algo que le ocurre a alguien y luego la identificación con esos sentimientos o situación observada. Por ejemplo: Entristecerse al ver a alguien llorar o socorrer a una persona que se lastimó.

Se cree que la empatía es una característica propia de la naturaleza humana y que todas las personas la tienen. Existen algunos individuos que sobresalen por su disposición natural a la empatía y es también una cualidad que puede desarrollarse y mejorarse a través de los años.

Continua la explicación con la proyección de un video referente a la empatía y concluye con los siguientes ejemplos:

1. Comprender y respetar otros puntos de vista durante una discusión o charla.
2. Ayudar a una persona con discapacidad visual a cruzar la calle.
3. Entristecerse al ver a alguien llorar.

4. Ayudar a alguien a que cumpla un determinado objetivo.
5. Alegrarse por los logros o alegrías de un ser querido.
6. Socorrer a un individuo que se ha lastimado en la vía pública.
7. Respetar el horario acordado para una reunión.
8. Ceder el sitio en una fila a una persona embarazada.
9. Escuchar con atención las historias o las anécdotas de los demás.
10. Respetar todas las ideas a la hora de llevar adelante un trabajo en equipo
11. Defender a una persona que está siendo víctima de una injusticia
12. Colaborar en una obra benéfica.
13. Ayudar a una persona a la que se le ha averiado el auto en la carretera.
14. Reconocer los esfuerzos ajenos.

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