

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

Floridablanca, 25 de febrero de 2025
Hora de inicio: 9:26 a.m. a 10:23 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 de Producción y Programación
4	Andrés Fernando Balcázar Castaño	Oficina de Planeación	Actividades del área
5	Miguel Ángel Caicedo G	Dirección Técnica	Director Técnica y Emisión
6	Laura Camila Pinilla Mejía	Oficina TRO Digital – Oficina Comunicaciones (e)	Jefe de TRO Digital
7	Griver Maryeny Rojas Guadrón	Gestión Documental	Encargada de Gestión Documental
8	Alexandra Guerrero Mora	Comercialización y ventas	Encargada de Comercialización
9	James Ronald Bernal Bermúdez	Almacén	Jefe de Almacén
10	Alonso Lagos Chinchilla	Oficina de Talento Humano	Jefe de Talento Humano
11	Marlli Sánchez Contreras	Mejoramiento Continuo	Encargada de Mejoramiento Continuo
12	Sebastián Granados A.	Oficina de Comunicaciones	Encargado Oficina Comunicaciones
13	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. AUSENTES			
No	NOMBRE	DEPENDENCIA	JUSTIFICACION
1			

4. ORDEN DEL DÍA: 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.4 del 26 de diciembre de 2024, 4. Presentación para aprobación de la Política de Administración de Riesgos 5. Presentación de los resultados de seguimiento al tratamiento de PQRSD 6. Presentación del resultado de la Auditoria realizada por el ente certificador LLC 7. Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorias y Seguimientos - Vigencia 2025 de la Oficina de Control Interno 8. Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorías internas de Calidad - Vigencia 2025 de la Oficina de Mejoramiento Continuo 9. Fomento de la cultura del Autocontrol 10. Propositiones y Varios 11. Cierre de la reunión
5. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA: 1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día Siendo las 9:26 a.m. del día 25 de febrero de 2025, en la sala de Juntas de la Gerencia del Canal TRO, se da inicio al primer Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, realizando el llamado a lista para la verificación del quórum de acuerdo a la convocatoria realizada mediante Circular Informativa No. 1, enviada a través del correo Institucional el día el 18 de febrero 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: 2. Palabras de la Gerente Dra. Edna Carolina Joya Núñez: La Dra. Edna Carolina Joya Núñez expresa un saludo cordial a todos los miembros del Comité Institucional de Coordinación y Control interno y exhorta a cada líder de área a sumir con responsabilidad su rol frente al

comité de Control Interno, así mismo agradece a la jefe de control interno el trabajo realizado en sus evaluaciones y seguimientos ya que contribuyen al crecimiento y mejoramiento de los procesos, la Dra Carolina continua recordando a los miembros del comité que ya conocen la responsabilidad de entregar la información a la oficina de control interno en los tiempos oportunos y resalta que tener un control interno es muy importante para una entidad, ya que permite autoevaluarse ante las situaciones y tomar los correctivos y las acciones necesarias ante cualquier eventualidad o desviación, por lo que exhorta a no ver el control interno como una persona que llega a incomodar o a pedir información sino a verlo como un salvavidas para hacer un análisis transparente de cada una de las áreas, así mismo, cuando surjan observaciones que den lugar a planes de mejoramiento, se tomen las acciones y se formulen los respectivos planes y se les dé seguimiento para asegurar su cumplimiento. Concluye agradeciendo la presencia y colaboración de todos los presentes.

3. Aprobación del acta No.4 del 26 de diciembre de 2024

La doctora Marlli Sánchez, encargada del área de mejoramiento continuo toma la palabra e inicia aclarando que el acta No. 4 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 No.4 de 2024, la es sometida a aprobación de los asistentes, siendo **aprobada** por unanimidad.

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

La Dra. Marlli Sánchez, encargada del proceso de Mejoramiento Continuo, informa a los miembros del comité que la Política de Administración de Riesgos de la Televisión Regional del Oriente Canal TRO Ltda. fue actualizada tanto en su estructura (aspectos organizativos) como en su contenido (inclusión de nuevos elementos).

Explica los aspectos generales, iniciando con el objetivo, el cual consiste en establecer lineamientos para gestionar los riesgos de manera que no afecten el desarrollo de los procesos de la entidad y, al mismo tiempo, promuevan la mejora continua en el desempeño y el cumplimiento de las metas institucionales.

En cuanto a su alcance, señala que aplica a todos los procesos de la entidad, considerando riesgos de gestión, corrupción, seguridad digital y fiscales. Asimismo, resalta que la responsabilidad de gestionar estos riesgos recae en las diferentes líneas de defensa, conformadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), los líderes de proceso, la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno, describiendo las funciones específicas que corresponden a cada una de ellas.

La Dra. Marlli indica que la política incorpora la metodología para la gestión de riesgos, compuesta por cuatro fases:

Identificación de riesgos.

Valoración del riesgo.

Evaluación de controles.

Determinación del riesgo inherente.

Finalmente, precisa que los riesgos de gestión están clasificados y se consolidarán en el formato E-PI-MT-04 Mapa de Riesgos. Estos serán objeto de seguimiento y monitoreo continuo por parte de los líderes de proceso o responsables designados, quienes deberán garantizar la ejecución oportuna de los controles establecidos, con el fin de prevenir la materialización de los riesgos.

• **Generalidades acerca de los riesgos de corrupción**

- 1** Elaboración: Se realiza anualmente por los responsables de cada proceso.
- 2** Consolidación: La oficina de planeación integra el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- 3** Publicación: Se publica en la página web antes del 31 de enero cada año.
- 4** Socialización:
 - ✓ Se informa a los colaboradores de la entidad sobre el mapa de riesgos de corrupción
- 5** Ajustes y modificaciones: Se pueden realizar mejoras durante el año.
- 6** Monitoreo y Seguimiento:
 - ✓ el jefe de control interno o quien haga sus veces debe adelantar seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción

• **Inclusión de Riesgos Fiscales**

Definición: El riesgo fiscal es la posibilidad de que una acción u omisión genere un daño sobre los recursos públicos y/o bienes de naturaleza pública. Se diferencia del daño fiscal porque el riesgo hace referencia a un evento potencial, mientras que el daño fiscal ya ha ocurrido.

Elementos clave del riesgo fiscal

- ✓ Efecto: Daño potencial sobre los recursos públicos.
- ✓ Evento potencial: Acción u omisión que podría generar dicho daño.
- ✓ Causa raíz: Razón fundamental que ocasionaría el daño si el evento se materializa.

Las entidades públicas deben identificar, clasificar, valorar y controlar los riesgos fiscales mediante los siguientes pasos:

- 1 Identificación de riesgos fiscales: Se analizan los procesos administrativos y financieros que pueden generar riesgos.
- 2 Determinación del impacto: Se evalúan las posibles consecuencias económicas sobre el patrimonio público.
- 3 Análisis de la causa raíz: Se establecen las acciones u omisiones que podrían desencadenar el daño fiscal.
- 4 Implementación de controles: Se aplican medidas preventivas y correctivas.
- 5 Monitoreo y evaluación: Se hace seguimiento constante para reducir la exposición a riesgos fiscales

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

5. 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 segundo 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 107 PQRSD, el número de PQRSD recibidas por mes y el número total por tipo de solicitud, el medio de recepción y la dependencia a la cual se dirige, continua dando a conocer las conclusiones del informe así:

- 1. De las 107 solicitudes recibidas en el semestre, se respondieron 107 (100%), y se dejaron sin responder 0 (0%) solicitudes (según el consolidado reportado)
- 2. De las 107 solicitudes recibidas durante el periodo, veinticuatro (24) de ellas (o el 22.4%) fueron respondidas extemporáneamente superando 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.
- 4. 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
- 5. 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.

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

Se logró cumplir con el objetivo general de la auditoría, tal como se establece en el plan correspondiente. La conformidad documentada del sistema de gestión fue evaluada mediante un proceso altamente calificado, y las actividades del cliente se compararon con los requisitos de la norma aplicable. Se confirmó que el sistema de gestión de la organización es capaz de cumplir con los requisitos normativos relevantes y de alcanzar los resultados esperados para la certificación acreditada, según lo indicado en el Comunicado ISO-IAF para la Certificación Acreditada.

La organización implementa y cumple adecuadamente los requisitos del sistema de gestión aplicables, garantizando la prestación continua de sus productos y servicios conforme a las expectativas del cliente, así como a las leyes y regulaciones vigentes, contribuyendo al aumento de la satisfacción del cliente.

Esta conclusión se basa en la evaluación del nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma, evidenciado en la matriz de cumplimiento incluida en este informe. Los objetivos de auditoría especificados en la Sección 1 – Alcance de la auditoría se cumplieron exitosamente. Asimismo, se verificó que el alcance de la certificación es totalmente representativo de las actividades actuales de la organización.

Considerando los resultados de la auditoría, se recomienda la emisión del certificado del sistema de gestión conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

7. Presentación para aprobación del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2025 de la Oficina de Control Interno

La Dra. Sandra Mejía, Jefe de la Oficina de Control Interno toma la palabra he inicia explicando que en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes, en especial las establecidas en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y las directrices emitidas por Función Pública, la Oficina de Control Interno presenta para aprobación el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos – Vigencia 2025, cuyo objetivo es establecer la programación anual de auditorías internas y seguimientos, con base en criterios de riesgo, criticidad y cumplimiento normativo, con el fin de generar valor y contribuir al mejoramiento continuo de la gestión institucional. En cuanto a la metodología utilizada para su construcción, explica que teniendo en cuenta la limitación del recurso humano de la Oficina de Control Interno, no se logra abarcar el universo total de auditorías de la entidad durante la vigencia 2025, por lo cual se realiza una priorización basada en riesgos, mediante la herramienta proporcionada para tal fin por el DAFP, la cual tiene en cuenta una serie de insumos de priorización como:

- Análisis de riesgos institucionales y procesos críticos, (numero de riesgos del proceso).
- fecha de última auditoria (rotación)
- Revisión de hallazgos recurrentes y recomendaciones anteriores.
- Consideración de requerimientos legales, auditorías externas y compromisos de control.
- PQRSD por procesos

Los cuales una vez diligenciados arroja la priorización para la vigencia 2025.

Una vez realizada la priorización continúa explicando el alcance del plan comunicando que para la vigencia 2025, se ha programado la ejecución de las siguientes actividades:

- a) **Auditorías Internas Programadas:** La realización de las auditorías internas es la actividad prevista para ejecutar el rol de evaluación y seguimiento a los diferentes procesos: 1: Gestión Jurídica, 2. Gestión Financiera y Presupuestal 3. Gestión de Archivo Audiovisual, 4. Gestión de Comunicaciones, y 5. Gestión Técnica,
- b) **Informes y seguimientos de ley:**
- Informes de seguimiento al tratamiento de PQRSD
 - Evaluación del Sistema de Control Interno Contable
 - Reporte para el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG
 - Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno
 - Seguimiento a mapa de riesgos
 - Informe de Austeridad en el gasto
- c) **Actividades Adicionales:** Se incluyen actividades de Asesoría y Acompañamiento dentro de las cuales está la asistencia a los a los diferentes comités y actividades donde el área de control interno sea requerida.

Con base en lo expuesto, la Jefe de la Oficina de Control Interno somete a consideración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la aprobación del presente Plan Anual de Auditorías y Seguimientos – Vigencia 2025, con el fin de iniciar su ejecución conforme al cronograma propuesto, el cual es **aprobado** por el comité, quedando de la siguiente manera:

TITULO DE LA AUDITORIA	FECHA		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	FECHA PROGRAMADA	FECHA REALIZADA O EJECUTADA												
AUDITORIAS INTERNAS														
Gestion Juridica (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2024)	4/3/2025				4	30								
Gestion Financiera y Presupuestal (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2024 y 2025)	6/5/2025						6	25						
Gestion de Archivo Audiovisual (Evaluar la gestión de las areas de presupuesto, tesoreria y contabilidad durante las vigencias 2024 y 2025)	1/7/2025								1	14				
Gestion de Comunicaciones (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2024 y 2025)	20/8/2025									20	24			
Gestión Tecnica (Evaluar el desempeño del proceso durante la vigencia 2024 y 2025)	1/10/2025											1	21	

El Plan Anual de Auditorías y Seguimientos - Vigencia 2025 de la oficina de Control Interno hace parte integral da la presente acta.

8. Presentación para aprobación 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 debe realizar un ciclo de auditorías enfocadas en el cumplimiento de los diferentes numerales de la norma ISO9001 para lo cual presentará el programa de Auditorías Internas de Calidad, iniciando con el objetivo, el cual es: “Asegurar que los procesos de la entidad sean revisados de manera regular, con el fin

de garantizar que se mantengan en conformidad con los estándares y normas de calidad aplicables.”, así mismo da a conocer el alcance quince (15) procesos de la entidad, el Responsable: Encargada del SGC Y Auditores Internos y los Criterios: ISO 9001:2015 y procedimientos institucionales y finaliza con la presentación del cronograma de auditoria así:

Proceso	Ene	Feb	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
Gestión Planeación Estratégica								X				
Gestión Comunicaciones								X				
Gestión TRO Digital								X				
Gestión Comercialización y ventas								X				
Gestión Programación								X				
Gestión Producción								X				
Gestión Técnica								X				
Gestión Archivo Audiovisual								X				
Gestión Financiera y presupuestal								X				
Gestión Bienes y Servicios								X				
Gestión Archivo Documental								X				
Gestión Jurídica								X				
Gestión Talento Humano								X				
Gestión de Evaluación y Control								X				
Gestión Mejoramiento Continuo								X				

9. Fomento de la cultura del Autocontrol

Teniendo en cuenta que, dentro de las funciones de la oficina de Control Interno, está la del Fomento de la Cultura del Autocontrol, de tal forma que esta contribuya al mejoramiento continuo, se socializan los siguientes conceptos:

¿Qué es el autocontrol?

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.
Es el resultado de la aplicación de principios y valores institucionales
Es el sentido de pertenencia que debemos tener por nuestra entidad para hacer bien nuestras actividades diarias

¿ para que debo tener autocontrol?

- Es mi sello personal en el trabajo
- Me ayuda a hacer las cosas bien
- Mejora mi rendimiento

Principales herramientas del autocontrol?

- La planeación.
- El adecuado manejo del tiempo
- El adecuado uso de los recursos a su disposición
- La toma de conciencia.
- La adecuada distribución de responsabilidades

COMO PUEDO DEMOSTRAR EL AUTOCONTROL

- Conociendo y cumpliendo los procesos y procedimientos de la empresa.
- Anticipándome a los puntos críticos de una situación o problema, estableciendo controles y mecanismos de verificación.
- Estableciendo prioridades, objetivos, recursos y plazos para la realización de la tareas.
- Manejando las emociones
- Contribuyendo a un buen ambiente laboral
- Armonía en las relaciones interpersonales
- Teniendo un buen manejo de los recursos públicos y naturales

RESULTADO DEL AUTOCONTROL

- Satisfacción del Usuario
- Excelente y optimo servicio
- Personal motivado
- Crecimiento personal
- Información confiable
- Mejora el clima organizacional

- Disminuye Quejas y Reclamos
- Comunicación fluida y oportuna
- Disminuye hallazgos de Auditorias
- Logro de los objetivos organizacionales

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 10:23 a.m. del día 25 de febrero de 2025.

ORIGINAL FIRMADO
EDNA CAROLINA JOYA NUÑEZ
Presidente

ORIGINAL FIRMADO
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