

|  |                          |                 |              |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|
| <br><b>INDERHUILA</b> | <b>DOCUMENTO SOPORTE</b> | <b>CODIGO</b>   | PA-GSC-DS01  |
|  | <b>ACTA-REUNIONES</b>    | <b>VERSIÓN</b>  | 1            |
|  |                          | <b>VIGENCIA</b> | OCTUBRE 2020 |

## ACTA No. 001

Neiva, enero 31 de 2022.

**HORA DE INICIO:** 3:00 pm

**HORA DE FINALIZACIÓN:** 5:00: Pm

**LUGAR:** INDERHUILA

**ASUNTO:** COMITÉ DE COORDINACIÓN CONTROL INTERNO

### ASISTENTES:

| <b>MIEMBROS COMITÉ COORDINACION DE CONTROL INTERNO</b> |                                 |
|--|---------------------------------|
| ELIZABETH LEAL AVILA                                   | GERARDO PINZON ZUÑIGA           |
| <b>INVITADOS</b>                                       |                                 |
| RAFAEL EDUARDO ESCOBAR ANILLO                          | PAOLA ANDREA BETTIN ALGARIN     |
| JAIDELINE VARGAS CHALA                                 | MARTHA LILIANA TRUJILLO SANCHEZ |
| CARLOS ANDRES VARGAS TAMAYO                            | CRUZVAL ALBERTO RODRIGUEZ MOREN |
| LINA VARGAS PINTO                                      | LINA MARIA SALAS MENDOZA        |
| ANA MARIA IRIARTE CASTIBLANCO                          | ADRIANA MARCELA ARIAS VARGAS    |
| FRANK GARCIA CARDOZO                                   | MARTHA LILIANA RODRIGUEZ        |
| ROBINSON OSSA  | CLAUDIA CLAVIJO BUITRAGO        |

### AGENDA DE LA REUNIÓN

1. Verificación del Quórum.
2. Aprobación del Orden del día.
3. Lectura del acta anterior.
4. Aprobación Plan de Auditorías 2022.
5. Informes de Ley presentados a 31 de enero de 2022.
  - Informe Semestral de Control Interno.
  - Seguimiento Peticiones, Quejas y Reclamos.
  - Seguimiento Plan Archivístico.
  - Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
  - Evaluación de Gestión por Dependencias.
  - Evaluación Rendición de Cuentas.
  - Suscripción de Planes de Mejoramiento.
6. Boletín No. 01
7. Varios.

*Carrera 18 Calle 17 esquina Unidad Deportiva-Sede Administrativa*  
 Despacho 875 04 31- 875 04 23 – 875 04 39 [www.inderhuila.gov.co](http://www.inderhuila.gov.co) - [atencionusuario@inderhuila.gov.co](mailto:atencionusuario@inderhuila.gov.co)  
 Neiva-Huila

|  |                   |          |              |
|--|-------------------|----------|--------------|
|  | DOCUMENTO SOPORTE | CODIGO   | PA-GSC-DS01  |
|  | ACTA-REUNIONES    | VERSIÓN  | 1            |
|  |                   | VIGENCIA | OCTUBRE 2020 |

## DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

**1-. VERIFICACIÓN DEL QUORUM;** Seguidamente se dispone a verificar la asistencia presentándose quórum, así: Director Jorge García Quiroga, Elizabeth Leal Ávila, Gerardo Pinzón Zúñiga; **Invitados:** Rafael Eduardo Escobar Anillo, Martha Liliana Trujillo Sánchez, Camila Andrea Calderón Murcia, Cruzval Alberto Rodríguez Moreno, Carlos Andrés Vargas, Paola Andrea Bettin, Jaideline Vragas Chala, Lina Vargas Pinto, Lina María Salas Mendoza, Ana María Iriarte Castiblanco, Adriana Marcela Arias Vargas, Frank García Cardozo, Robinson Ossa, Martha Liliana Rodríguez y Esperanza Patricia Ausique Ramírez.

**2-. APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DIA;** La Sra. **ESPERANZA PATRICIA AUSIQUE RAMIREZ**, en su calidad de secretaria técnica del Comité da lectura al ORDEN DEL DÍA, el cual es aprobado por unanimidad, por el director Jorge García, la Licenciada Elizabeth Leal Ávila y el licenciado Gerardo Pinzón Zúñiga.

**3-. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR;** La secretaria del comité Esperanza Ausique, procede a dar lectura al acta anterior una vez se da lectura, solicita si tienen alguna observación, no se presenta ninguna observación.

Se da por aprobada el acta anterior.

**4-. APROBACIÓN PLAN DE AUDITORIAS 2022;** la secretaria del comité Esperanza Ausique procede a dar lectura a cada uno de los componentes que comprenden el Plan de Auditorias en donde quedaron establecidas las fechas de las auditorias programadas y se leyeron las fechas de las auditorias de cada proceso, se pone a consideración el Plan de Auditorías el cual es aprobado por unanimidad, por el director Jorge García, la Licenciada Elizabeth Leal Ávila y el licenciado Gerardo Pinzón Zúñiga.

**5. INFORMES DE LEY PRESENTADOS A 31 DE ENERO DE 2022** la secretaria del comité Esperanza Ausique procede a dar lectura los nombres de los informes de ley que se deben presentar a 31 de enero del presente año, así;

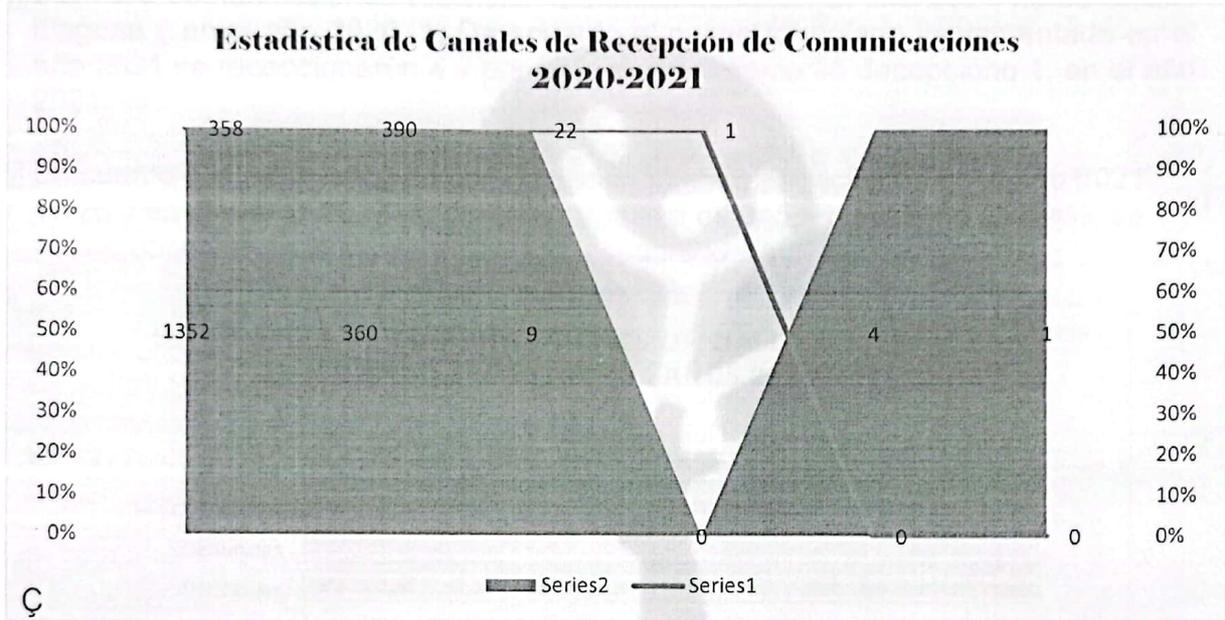
- Informe Semestral de Control Interno.
- Seguimiento Peticiones, Quejas y Reclamos.
- Seguimiento Plan Archivístico.
- Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Evaluación de Gestión por Dependencias.
- Evaluación Rendición de Cuentas.

- Suscripción de Planes de Mejoramiento

Así mismo se dio lectura del informe semestral de control interno en donde se expresó que se subieron unos puntos pasando de 53 puntos a 57 puntos en la calificación general, en el ambiente de control de 54 puntos subió la calificación a 65 puntos, en evaluación de riesgos de 29 puntos subió, en información y comunicación a 41 puntos y en monitoreo de 64 subió a 71 puntos, actividades de control de 56 puntos se dubio a 58, así;

| Cuestionario de Seguimiento   |   |                                  | INDERHUILA<br>JULIO 1 A DICIEMBRE 31 de 2021  |  |
|---|---|----------------------------------|---|--|
|    |   |                                  | El nivel del sistema de Control Interno de la entidad: <b>67%</b>   |  |
| Cambios generales sobre la evaluación del Sistema de Control Interno  |   |                                  |   |  |
| ¿El informe del sistema de control interno se encuentra actualizado y se ha actualizado el plan anticorrupción y atención al ciudadano se cuenta con el comité de control interno?  | En proceso                                  |                                  | El Sistema de Control Interno del INDER, se encuentra en proceso de actualización conforme a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, el cual integra el MECI con el MIPG articulando el modelo de control con el de gestión, para la implementación del MIPG, el INDER creó la institucionalidad, mediante las resoluciones No. 028 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Resolución No. 028 del Comité de Gestión y Desempeño. Así mismo el INDER se aprobó la Política Integral de Administración de Riesgos de acuerdo a la nueva Guía de Auditoría Interna basada en riesgos para las entidades públicas en donde se establece el paso a paso para gestionar adecuadamente los riesgos y se definen los roles y responsabilidades que deben cumplir las Líneas de Defensa para lograr un efectivo control de los riesgos.   |  |
| ¿El informe del sistema de control interno se encuentra actualizado y se ha actualizado el plan anticorrupción y atención al ciudadano se cuenta con el comité de control interno?  | SI  |                                  | A pesar de que el INDERHUILA ya cuenta con la definición de las líneas de defensa y se ha visto la necesidad de ajustar los procesos y procedimientos de acuerdo a la operación de la entidad, es necesario realizar la Política de administración del riesgo y ajustar la Matriz de Riesgos de los Procesos. Es importante anotar que el sistema permanece en mejora continua y si se ve la necesidad de ajustar nuevamente algunos procesos y procedimientos.   |  |
| ¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad de control interno, que se encuentra actualizada y se ha actualizado el plan anticorrupción y atención al ciudadano se cuenta con el comité de control interno? | SI  |                                  | La entidad se encuentra en proceso de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y en su referente a las líneas de defensa a través de las cuales se adelantan actividades que permiten fortalecer de manera integral el cumplimiento de los objetivos institucionales. El INDER tiene establecido la institucionalidad y operación del MIPG y del Esquema de Líneas de Defensa, mediante las Resoluciones 072 de 2020, con la cual se establecen roles y responsabilidades para las Líneas de Defensa, sin embargo es necesario seguir en la mejora continua, levantar los Riesgos de Corrupción, TIC y ajustar los riesgos de gestión.   |  |
| Componente  | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de los Debilidades y/o Fortalezas  | Estado del componente presentado en el Informe anterior  |
| Ambiente de control   | SI  | 65%                              | <b>FORTALEZAS:</b> la entidad posee dos sistemas de gestión - Sistema de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo. Igualmente la entidad tiene definidos diferentes protocolos que fortalecen el ambiente de control. El INDER tiene establecido un Código de Integridad con sus respectivos valores públicos. Se encuentra en mejora continua los procesos y procedimientos para fortalecer la gestión administrativa de la ventanilla hacia adentro ya así ofrecer mejores servicios de la ventanilla hacia afuera.<br><b>DEBILIDADES:</b> Los principales debilidades están relacionadas con ausencia de un instrumento para evaluar las acciones de integridad con respecto a la materialización de riesgos de corrupción, se encuentra pendiente la aplicación de los Conflictos de Interés en los diferentes procesos e iniciativas institucionales, falta culminar la implementación del Sistema de Canales de Denuncias de Hechos de Corrupción y de Protección a Denunciantes, falta por levantar los Riesgos de acuerdo con la Política de Riesgos, e implementar la línea de intervención denominada "Acompañamiento Institucional" para incluir a los colaboradores por control de prestación de servicios.  | <b>FORTALEZAS:</b> La entidad cuenta con un código de integridad, se tiene documentado el plan anticorrupción y atención al ciudadano se cuenta con el comité de control interno. se cuenta el levantamiento de los Riesgos de Corrupción y TIC.<br><b>DEBILIDADES:</b> Falta elaborar y divulgar guías que tengan que ver con la declaración de conflictos de interés, no se tienen documentados y no han sido aprobados, documentar el esquema de líneas de defensa con periodicidad, (responsables, socializar el plan estratégico de talento humano en el comité de Gestión y desempeño, dar cumplimiento al decreto 812 de 2016 (integración y publicación de los planes institucionales a 31 de enero de cada año), realizar el seguimiento respectivo por lo menos semestralmente.  |
| Evaluación de riesgos   | No  | 41%                              | <b>FORTALEZAS:</b> El INDER levanta la Política de Administración del Riesgo y actualiza y levanta los riesgos inherentes de acuerdo a la Guía de Administración del Riesgo y establecimiento de Controles en las entidades públicas emitida por el DAFP.<br><b>DEBILIDADES:</b> Falta actualizar la matriz de riesgos por procesos de corrupción y las TIC, con la identificación de los riesgos inherentes y el establecimiento de controles, así como el mapa de calor, con base en los lineamientos a la Política establecida por el INDERHUILA.  | <b>FORTALEZAS:</b> La entidad tiene documentada la Política de Riesgos la cual fue aprobada en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y desempeño.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se tienen levantados los riesgos de corrupción y Seguridad Digital, se hace necesario levantarlos de acuerdo a la Política de Administración del Riesgo.   |
| Auditorías de control   | SI  | 56%                              | <b>FORTALEZAS:</b> La entidad cuenta con dos sistemas de gestión de calidad y salud en el trabajo, los cuales se integran. El área de las TIC tiene establecida actividades de control como son los backup, usuarios y contraseñas de ingreso, acceso restringido a servidores, licenciamiento de software, seguridad de la página web.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se cuenta con los Riesgos de corrupción y TIC, se deben implementar con base en los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos, realizar seguimiento y control a los mismos.  | <b>FORTALEZAS:</b> Se cambió la imagen corporativa del INDERHUILA, se cuenta con unos procedimientos e indicadores.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se han identificado los riesgos de corrupción y las TIC, es necesario que se actualicen los indicadores y Riesgos, de igual manera se debe realizar los seguimientos respectivos, por parte de los líderes de Proceso, Planeación y Control Interno.   |
| Monitoreo   | SI  | 71%                              | <b>FORTALEZAS:</b> Se encuentra implementada la ventanilla única, se cuenta con procedimiento para el manejo de información interna y externa, se inicia con el SECOPII cuenta con canales internos y externos, Boletines, entrevistas informales, Redes Sociales, entre otros. La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confiabilidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes (Política de Protección de Datos), se realizan los pagos en línea de la seguridad social, se tiene el botón de transparencia, se realiza reportes de PQRSDIF, se cuenta con mecanismo de intercambio con entes de control, se cuenta con canales externos (transparencia correo electrónico, números telefónicos), se tiene la caracterización de algunos usuarios y grupos de interés y valor.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se cuenta con un sistema de información documental, Tablas de Retención Documental, Fichas de Valoración Documental, Política de Gestión Documental - PGD y el Plan Institucional de Archivos - PIAR, no se han implementado los instrumentos de gestión de la información (registro de activos de información, esquema de publicación, la clasificación de información de reserva y clasificada (información que se puede entregar a la comunidad, ejemplo: historia laboral, sustento que se pueda clasificar parcialmente, totalmente), falta actualizar la caracterización de usuarios, grupos de valor, informe de todas las solicitudes de acceso a la información. | <b>FORTALEZAS:</b> Se tiene implementado el botón de transparencia, se realiza reportes de PQRSDIF, se encuentra implementada la ventanilla única, se cuenta con procedimiento para el manejo de información interna y externa, se tiene implementado el SECOPII, se realizan los pagos en línea de la seguridad social, se cuenta con mecanismo de intercambio con entes de control, se cuenta con canales externos (transparencia correo electrónico, números telefónicos), se tiene la caracterización de algunos usuarios y grupos de interés y valor.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se cuenta con un sistema de información documental, no se han implementado los instrumentos de gestión de la información (registro de activos de información, esquema de publicación, la clasificación de información de reserva y clasificada (información que se puede entregar a la comunidad, ejemplo: historia laboral, sustento que se pueda clasificar parcialmente, totalmente), falta actualizar la caracterización de usuarios, grupos de valor, informe de todas las solicitudes de acceso a la información. |
| Monitoreo   | SI  | 71%                              | <b>FORTALEZAS:</b> Se realizaron las auditorías y entrega de informes de acuerdo a los programados en el plan de Auditorías que fue aprobado por el comité institucional de coordinación de control interno. Mediante las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se realiza seguimiento al Plan de auditorías y se informa sobre los diferentes seguimientos que se realizan con los avances que se tienen a cabo.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se tiene levantados los Riesgos de corrupción y TIC, sin embargo es de anotar que se levantaron algunos riesgos de Gestión e los cuales se les hizo seguimiento, por lo tanto es necesario seguir actualizando los riesgos y tener en cuenta los Riesgos de Corrupción y de las TIC.   | <b>FORTALEZAS:</b> Se realizaron las diferentes auditorías programadas en el Plan de Auditorías que fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, igualmente se presentaron los informes de Ley correspondientes al año 2021.<br><b>DEBILIDADES:</b> No se tienen implementados los Riesgos de Corrupción y TIC, por lo tanto no se realizó seguimiento. Es necesario levantar los riesgos y actualizar indicadores, de igual manera realizar los seguimientos y controles respectivos.   |

En cuanto al seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos en donde se comparó el año 2020 con el año 2021.



Como se puede observar en la gráfica anterior en el segundo semestre del año 2021, comparado con el año 2020, se tiene la siguiente estadística;

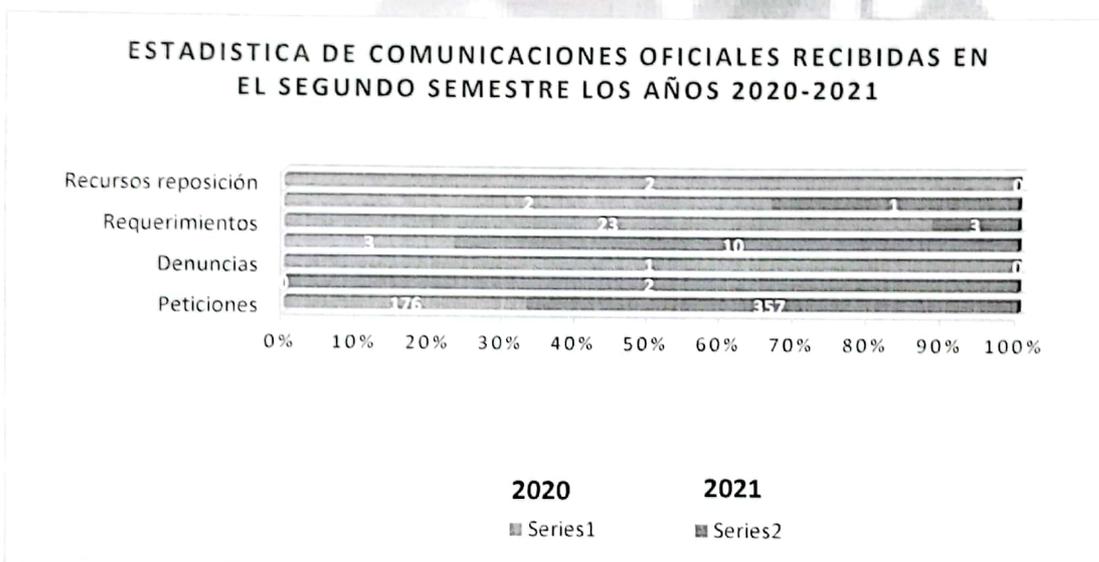
| Estadística los Canales de Recepción de Comunicaciones del segundo semestre de los años 2020 y 2021 |            |             |            |             |
|---|------------|-------------|------------|-------------|
| Canal   | 2020       | 2021        | Variación  | %           |
| Físico  | 358        | 1352        | 994        | 378%        |
| Correo electrónico  | 390        | 360         | (30)       | -92%        |
| Página web  | 22         | 9           | (13)       | -41%        |
| Teléfono  | 1          | 0           | (1)        | 0%          |
| Formulario  |            | 4           | 4          | 400%        |
| Verbal  |            | 1           | 1          | 100%        |
| <b>Total</b>  | <b>771</b> | <b>1725</b> | <b>954</b> | <b>224%</b> |

De igual manera se evidencia que en el año 2021 se recibieron en total 1.725 comunicaciones en el segundo semestre y en el año 2020, 771, con una variación total de 954 equivalentes al 224%; en cuanto a las comunicaciones recibidas en

|   |                   |          |              |
|---|-------------------|----------|--------------|
|  | DOCUMENTO SOPORTE | CODIGO   | PA-GSC-DS01  |
|   | ACTA-REUNIONES    | VERSIÓN  | 1            |
|   |                   | VIGENCIA | OCTUBRE 2020 |

físico, en el año 2021 se recibieron 1.352 y en el año 2020, 358, con una variación de menos 30 equivalente al -92%; en cuanto a la página web se recibieron en el año 2021, 9 y en el año 2020, 22, con una variación de -13 equivalente al -41%, en cuanto a comunicaciones recibidas telefónicamente en el año 2021 no se recibió ninguna y en el año 2020, 1; De acuerdo al nuevo formulario implementado en el año 2021 se recepcionaron 4 y por último verbalmente se decepciono 1, en el año 2021.

En cuanto a la estadística de comunicaciones oficiales recibidas en el año 2021 1.726 y en el año 2020, 771, con una variación de 955, equivalente al 224%, se puede observar en la siguiente gráfica y cuadro lo siguiente.



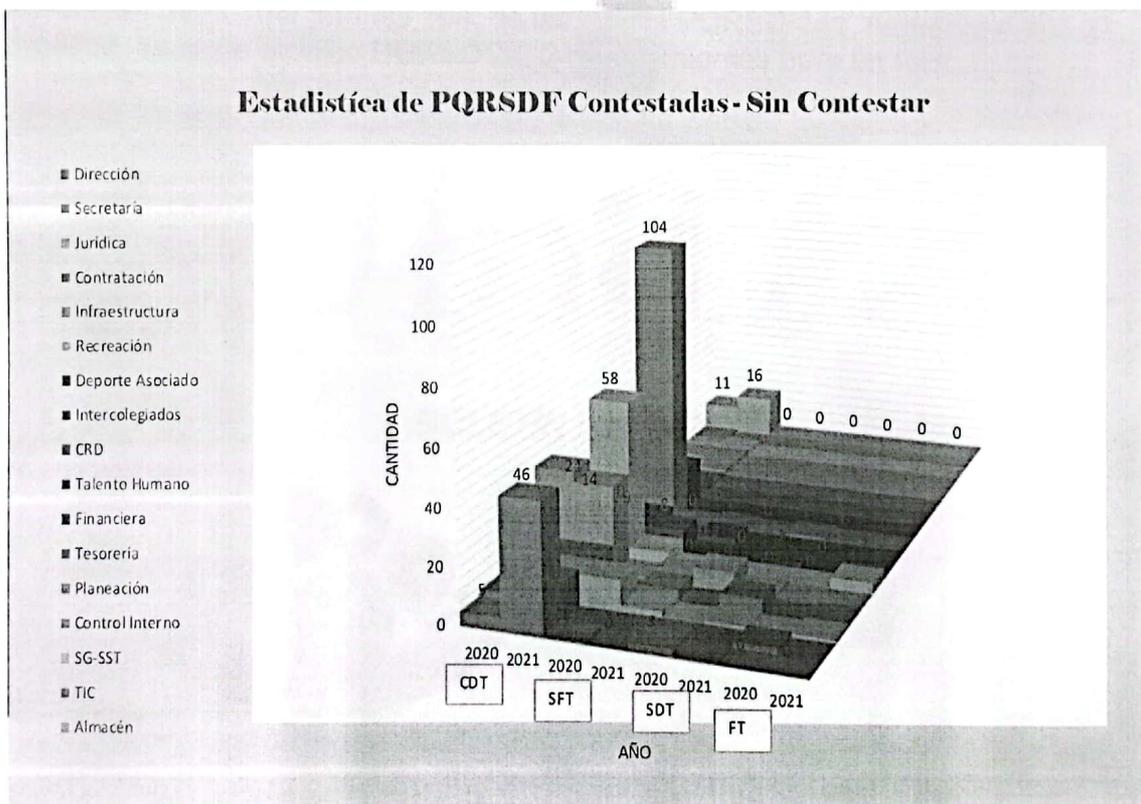
| Estadística de Comunicaciones Oficiales Recibidas |            |             |            |             |
|---|------------|-------------|------------|-------------|
| Tipo de Comunicación                              | 2020       | 2021        | Variación  | %           |
| Peticiones  | 176        | 357         | 181        | 203%        |
| Quejas  | 0          | 2           | 2          | 200%        |
| Denuncias   | 1          | 0           | -1         | 0%          |
| Agradecimientos                                   | 3          | 10          | 7          | 333%        |
| Requerimientos                                    | 23         | 3           | -20        | -13%        |
| Tutelas   | 2          | 1           | -1         | -50%        |
| Recursos reposición                               | 2          | 0           | -2         | 0%          |
| <b>Total</b>                                      | <b>771</b> | <b>1726</b> | <b>955</b> | <b>224%</b> |

|  |                          |                 |              |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|
| <br><b>INDERHUILA</b> | <b>DOCUMENTO SOPORTE</b> | <b>CODIGO</b>   | PA-GSC-DS01  |
|  | <b>ACTA-REUNIONES</b>    | <b>VERSIÓN</b>  | 1            |
|  |                          | <b>VIGENCIA</b> | OCTUBRE 2020 |

En cuanto a Peticiones para el año 2021 se recibieron 357 y para el 2020 176, con un variación de 181, correspondiente al 203%, en cuanto a quejas para el año 2021 se recibieron 2 y en el 2020 no se recibió ninguna, en cuanto a denuncias para el año 2021 no se recibió ninguna y en el 2020 1; en cuanto a agradecimientos para el año 2021 se recibieron 10 y en el año 2020 3 con un incremento de 7, equivalente al 333%; en requerimientos para el año 2021 se recibieron 3 y para el 2020 23 con un decrecimiento de -20, equivalente al -13%; en cuanto a tutelas se recibió 1 en el año 2021 y 2 en el año 2020 y por último en lo que se refiere a recursos de reposición en el 2021 no se recibió ninguna y en el 2020 se recibieron 2.

### ESTADISTICA DE PQRSDF CONTESTADAS, SIN CONTESTAR DENTRO DEL TERMINO Y FUERA DEL TERMINO SEGUNDO SEMESTRE DE LOS AÑOS 2020-2021.

En referencia a la estadística de las PQRSDF, contestadas, sin contestar dentro del término y fuera del término, se presenta la siguiente gráfica y cuadro comparativo de los años 2020 y 2021



|   |                   |  |          |              |
|---|-------------------|--|----------|--------------|
|  | DOCUMENTO SOPORTE |  | CODIGO   | PA-GSC-DS01  |
|   | ACTA-REUNIONES    |  | VERSIÓN  | 1            |
|   |                   |  | VIGENCIA | OCTUBRE 2020 |

| Área             | Estadística de PQRSD Contestadas - Sin contestar |            |                   |           |                    |           |                   |           |
|------------------|--|------------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------|-----------|
|                  | Dentro del término                               |            | Fuera del término |           | Dentro del término |           | Fuera del término |           |
|                  | 2020   | 2021       | 2020              | 2021      | 2020               | 2021      | 2020              | 2021      |
| Dirección        | 5  | 46         | 1                 | 0         | 3                  | 1         | 0                 | 0         |
| Secretaría       | 7  | 13         | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 2                 | 0         |
| Jurídica         | 34   | 11         | 11                | 2         | 0                  | 1         | 0                 | 1         |
| Contratación     | 11   | 11         | 0                 | 4         | 0                  | 5         | 0                 | 1         |
| Infraestructura  | 36   | 32         | 1                 | 4         | 7                  | 1         | 0                 | 0         |
| Recreación       | 24   | 58         | 5                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 4         |
| Deporte Asociado | 14   | 9          | 8                 | 0         | 0                  | 2         | 0                 | 5         |
| Intercolegiados  | 7  | 6          | 0                 | 2         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| CRD              | 0  | 104        | 0                 | 1         | 0                  | 1         | 0                 | 0         |
| Talento Humano   | 0  | 16         | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| Financiera       | 10   | 5          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| Tesorería        | 0  | 1          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| Planeación       | 1  | 2          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| Control Interno  | 2  | 2          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| SG-SST           | 1  | 2          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| TIC              | 1  | 0          | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| Almacén          | 11   | 16         | 0                 | 0         | 0                  | 0         | 0                 | 0         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>164</b>                                       | <b>334</b> | <b>26</b>         | <b>13</b> | <b>10</b>          | <b>11</b> | <b>2</b>          | <b>11</b> |

Contestadas dentro del término 164, de las cuales PQRSD 141, requerimientos 21 y 2 tutelas, fuera de término PQRSD 24, 2 requerimientos para un total de 26

Dicho informe se encuentra publicado en la página web de la entidad.

## 6. BOLETÍN NO. 01



Carrera 18 Calle 17 esquina Unidad Deportiva-Sede Administrativa  
 Despacho 875 04 31- 875 04 23 – 875 04 39 [www.inderhuila.gov.co](http://www.inderhuila.gov.co) - [atencionusuario@inderhuila.gov.co](mailto:atencionusuario@inderhuila.gov.co)  
 Neiva-Huila

|   |                       |          |              |
|---|-----------------------|----------|--------------|
|  | DOCUMENTO SOPORTE     | CODIGO   | PA-GSC-DS01  |
|   | <b>ACTA-REUNIONES</b> | VERSIÓN  | 1            |
|   |                       | VIGENCIA | OCTUBRE 2020 |

## A QUE SE REFIERE?

Proceso de control que está integrado en las tareas operativas de entidades, es decir las auditorías que se realizan basadas en los procedimientos de cada uno de los procesos que han sido establecidos en el Mapa de procesos.

**OBJETIVO:**

El sistema de auditorías internas se desarrolla con el objetivo de garantizar que la información manejada en la organización, es fiable con vistas a realizar una auditoría externa.



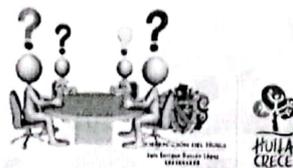
## IMPORTANCIA

El control interno en las organizaciones a través de auditorías es muy importante debido al crecimiento al que se han visto expuestas las organizaciones. **Este crecimiento ha provocado en la mayoría de las organizaciones:**

- Descentralización y delegación de labores.
- Problemas tanto de tipo administrativo como operativos.
- Dificultad de atención directa de los problemas.

Estos problemas han provocado la necesidad de instaurar sistemas, como las auditorías de control interno, que reduzcan errores en la gestión, por ejemplo:

- Protección apropiada de activos
- Proporción de información para una adecuada toma de decisiones.
- Simplificación de una gestión eficiente.



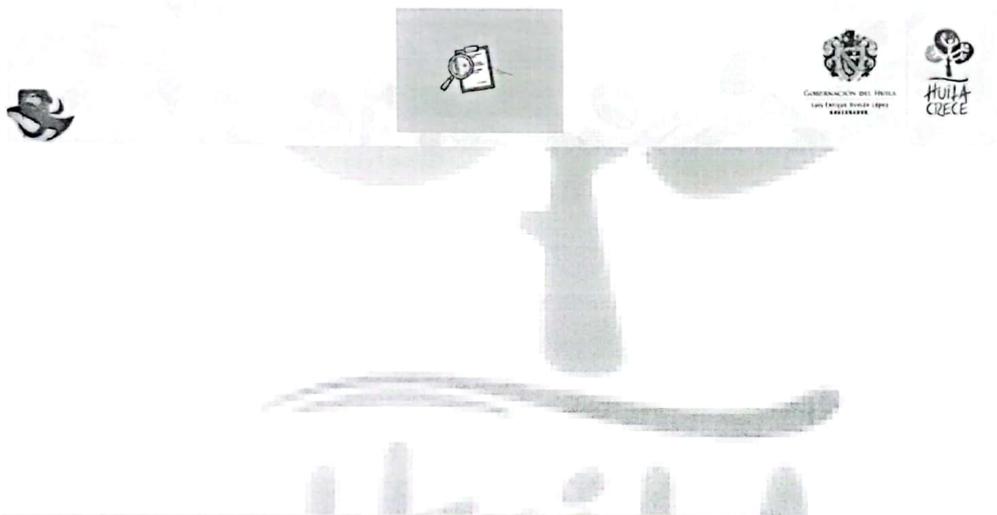
|  |                   |          |              |
|--|-------------------|----------|--------------|
|  | DOCUMENTO SOPORTE | CODIGO   | PA-GSC-DS01  |
|  | ACTA-REUNIONES    | VERSIÓN  | 1            |
|  |                   | VIGENCIA | OCTUBRE 2020 |

## INFORME DE AUDITORÍA

Este documento de utilidad para las auditorías de control interno.

*En este informe quedarán reflejados los aspectos a tener en cuenta al realizar la auditorías de control interno.*

- Objetivo:** En este apartado quedará definido el motivo por el que se ejecuta el proceso de auditoría interna.
- Alcance:** Para realizar una auditoría es necesario, en relación de los objetivos definidos con anterioridad, especificar sobre qué ámbito se va a realizar la auditoría. La auditoría por ejemplo se puede desarrollar sobre áreas concretas, sobre toda la organización o por ejemplo, sobre un proceso.
- Información del proceso de auditoría:** Hace referencia a indicar en el informe datos como la fecha de inicio y fin. También se deberá especificar el lugar en el que se ejecutará la auditoría.

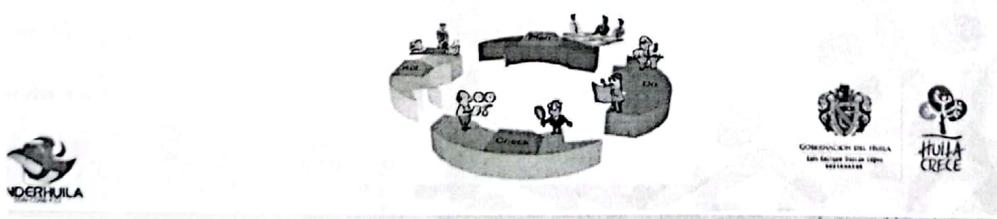


•**Identificación de hallazgos:** En el documento deben quedar reflejados los hallazgos identificados durante la auditoría.

•**Resultado:** El personal encargado de ejecutar la auditoría, para concluir procederá a hacer un resumen del resultado obtenido durante la auditoría de forma clara y concisa para ejecutar en el futuro acciones que supongan una mejora interna en la organización.

### PLAN DE MEJORAMIENTO

•Es importante mencionar que el Plan de mejoramiento lo debe realizar el líder de proceso una vez se establezcan los hallazgos, que queden de la auditoría realizada.



|  |                          |                 |              |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|
| <br><b>INDERHUILA</b> | <b>DOCUMENTO SOPORTE</b> | <b>CODIGO</b>   | PA-GSC-DS01  |
|  | <b>ACTA-REUNIONES</b>    | <b>VERSION</b>  | 1            |
|  |                          | <b>VIGENCIA</b> | OCTUBRE 2020 |

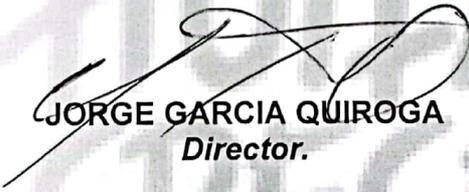
## 7.VARIOS

Recomendaciones Comité Control Interno;

- Presentación del Cronograma de autodiagnósticos MIPG
- Reunión del proceso de calidad con líderes de área misional.
- Coordinación de capacitaciones entre Talento Humano y Gestión Documental.
- Mejoramiento en Infraestructura de Red de datos y Realizar Bacapks mensual por parte el proceso TIC
- Entregar a Talento Humano la presentación de los líderes para la Inducción y reinducción.
- Entregar por parte de Carlos Vargas a Elizabeth la información que se publique.

Siendo las 5:00 p.m., da por terminada la reunión.

La presente acta se entiende aprobada y firmada por quienes se relacionan en la misma; dado que se envió mediante correo electrónico, los relacionados en la misma manifestaron su aceptación no presentaron observación alguna en su contenido.

  
**JORGE GARCIA QUIROGA**  
 Director.

**Proyecto:**



Esperanza P. Ausique R.



Camila Andrea Calderón Murcia.