República de Colombia Ministerio de Educación Nacional INSOR Instituto Nacional para Sordos Todos por un nuevo país para la Población Sorda Colombiana	FORMATO DE ACTA	CÓDIGO: FODE 27 VERSIÓN: 2.0 FECHA:16/03/2016

ACTA No. 3

*** ASUNTO DE REUNIÓN: Comité Extraordinario de Coordinación de Control Interno**

*Corresponde al nombre del tema, grupo o Comité que se reúne.

FECHA:	Día	Mes	Año	Hora de inicio:	10.00	Hora de finalización:	12 :00
	24	Julio	2018				

LUGAR: Sala de Juntas de la Dirección

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

TEMAS A TRATAR

1.- Verificación del Quórum
2.- Revisar aspectos relacionados al cierre de las no conformidades realizado por la Asesora de Control Interno.
3.- Revisar los compromisos establecidos en el Comité del 25 de mayo sobre el procedimiento para los informes de seguimiento.
4.- Revisión y aprobación Política de Administración de Riesgos.
5.- Seguimiento
   a) Planes de Mejoramiento (propuesta semestral Corte junio y diciembre)
   b) Riesgos: Cuatrimestral
6.- Modificación Programa de Auditoría
7.- Procedimiento Auditoría Independiente (gestión)
8.- Reporte del Plan de Acción y Plan Sectorial
8.- Varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La reunión se inició con la verificación del quorum por parte del Director General (E), en su calidad de Presidente (E) del Comité. Se contó con la asistencia de los integrantes del Comité, con excepción del Asesor de la Dirección General. La reunión se desarrolló con los siguientes temas tratados:

Revisar aspectos relacionados al cierre de las No Conformidades realizado por la Asesora de Control Interno.
En relación con el cierre de las No Conformidades realizadas por la Asesora de Control Interno, se manifestaron los siguientes comentarios y sugerencias, por parte de los integrantes del Comité:
La Subdirectora de Promoción y Desarrollo, se refirió a la No Conformidad referente al grupo de trabajo de Gestión y Articulación para la Promoción de Derechos observada en la auditoría de la vigencia 2016, manifestando que se realizaron acciones para subsanar la No Conformidad y se desarrollaron las actividades programadas, por lo que solicita cerrar esta No Conformidad.
La Asesora de Control Interno aclaró que la auditoria que se efectuó a la Subdirección de Promoción y Desarrollo fue de gestión, por consiguiente se evaluó el Plan de Mejoramiento, no encontrando en la No Conformidad mencionada trazabilidad de las actividades por parte de la Coordinadora. Sin embargo, Control Interno revisará nuevamente. El Director General (E) manifestó que si estaban las evidencias, se podía realizar este cierre.
La Asesora de Control Interno procedió a enseñar la evaluación del Plan de Mejoramiento a los participantes, de cada uno de

los procesos, iniciando con la Subdirección de Gestión Educativa , continuando con la Oficina de Planeación, en la cual se refirió a la No Conformidad observada en la mesa de ayuda del aplicativo GLPI, donde el porcentaje de evaluación fue del 98%, a lo cual el Jefe de la Oficina de Planeación manifestó que el cumplimiento realmente no depende de la Oficina Planeación sino del usuario, que cuando se inició la observación, se estandarizó y se capacitó a cada funcionario en la forma de abrir y cerrar las incidencias. El Director General (E) recomendó buscar los registros de las capacitaciones para presentar la evidencia, añadiendo que los funcionarios tienen deberes y obligaciones, solicitando cerrar esta No Conformidad. El Director General (E) pidió identificar la causa y los nombres de los funcionarios que no cierren, para tomar la acción correspondiente.
El Director General (E), manifestó que para abreviar se envíe a cada líder del proceso, la evaluación del Plan de Mejoramiento. La Asesora de Control Interno manifestó, que entregará a cada uno el Plan de Mejoramiento correspondiente, con la evaluación de la eficacia en la cual se ha avanzado y los cierres que se han realizado. Una vez se hayan revisado con los líderes de los procesos, los reportará a la Oficina de Planeación, que como Administradora del Plan de Mejoramiento Institucional, revisará y realizará la depuración pertinente.

Revisión de los compromisos establecidos en el Comité del 25 de mayo sobre el procedimiento para los informes de seguimiento
De acuerdo a los compromisos establecidos en el anterior Comité, la Asesora de Control Interno informó que los procedimientos para los Informes de Seguimiento de Control Interno ya fueron ajustados, al igual que se realizó la revisión del Plan de Acción, definiéndose los instrumentos que se utilizarán para los seguimientos que efectúa Control Interno.

Revisión y aprobación Política de Administración de Riesgos.
En atención al tema de revisión y aprobación de la Política de Administración de Riesgos, se inició con la intervención del Jefe de la Oficina de Planeación, manifestando que ésta Política es el apoyo para los líderes de procesos para identificar, analizar y valorar, lográndose minimizar los riesgos de gestión y de corrupción que se puedan presentar en la Entidad. Se procedió por parte de Jorge Espinosa a enseñar cómo se elaboró la Política, comenzando por explicar el objetivo y el alcance de ésta, así como también el tipo de riesgos que se clasifican de acuerdo a sus características. Igualmente se explicó sobre la responsabilidad de las tres líneas de defensa MECI, los niveles de aceptación del riesgo y su tratamiento.
El Asesor de Planeación, expuso sobre el monitoreo y evaluación de los riesgos, refiriéndose a que se hará de dos formas, la primera por medio del autocontrol que realizará los líderes a cada proceso; y la segunda, por medio del monitoreo que efectuará la Oficina de Planeación, monitoreo que llevará cabo cada cuatro meses. Igualmente, se ilustró acerca de la evaluación a los riesgos que se efectuará por parte de Control Interno cada cuatro meses, de acuerdo a los cortes a 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre. La política de Administración de Riesgos, fue aprobada por el Comité de Control Interno.

Seguimientos realizados por Control Interno:

a) Planes de Mejoramiento (propuesta semestral Corte junio y diciembre)
Sobre el tema de seguimientos a los Planes de Mejoramiento, el Director General (E) propuso la realización de éstos para cada seis (6) meses y el reporte al repositorio cada tres (3) meses, resaltando que los reportes están bajo la responsabilidad de los líderes. Se confirmó que se harán dos evaluaciones en forma semestral, por parte de la Asesora de Control Interno. Así mismo, la Asesora de Control Interno realizará advertencias para facilitar la verificación de las acciones cuando se lleven a cabo las evaluaciones correspondientes.

b) Riesgos: Cuatrimestral
En cuanto al seguimiento de los Riesgos, quedó definido que se realizarán cada cuatro (4) meses, así como se trató en el tema de la Política de Riesgos.

Modificación Programa de Auditoría
La Asesora de Control Interno presentó la necesidad de modificar el Programa de Auditoría en algunas actividades y fechas de realización, debido al cambio de personal asignado a esta dependencia. Frente a las auditorías a TIC y Seguridad en el Trabajo, el Director General (E) manifestó que no es posible realizarlas debido a que no hay recursos para contratar a los expertos.

Procedimiento Auditoría Independiente (gestión)
Respecto a este tema, se acordó que Control Interno realizará la actualización de estos procedimientos.

Código de Ética del Auditor y Código del Estatuto del Auditor
La Asesora de Control Interno informó al respecto, que ya se tiene un preliminar, los cuales en el transcurso de la próxima semana serán presentados para ser avalados por la Oficina de Planeación y posteriormente citar a Comité de Control Interno, para su aprobación.

Reporte del Plan de Acción y Plan Sectorial
En cuanto al reporte del Plan de Acción y Plan Sectorial, la Asesora de Control Interno expresó la necesidad de poder contar con esta información, para realizar el seguimiento programado. Al respecto, el Asesor de la Oficina de Planeación manifestó que este mismo día quedaría publicado en el repositorio.

Varios
No se presentaron temas adicionales.

CONCLUSIONES / DECISIONES

1.- La Asesora de Control Interno entregará los Planes de Mejoramiento a los líderes de cada proceso. Igualmente, los hará llegar a la Oficina de Planeación para la depuración a que haya lugar.
2.- La Asesora de Control Interno entregará los procedimientos para Auditoría Independiente y el procedimiento para el seguimiento a la Gestión.
3.- Se aprobó efectuar la evaluación a los Planes de Mejoramiento cada seis (6) meses y la evaluación a riesgos cada cuatro (4) meses, por parte de Control Interno.
4.- La modificación al Programa de Auditoría presentada por la Asesora de Control Interno, fue aprobada por el Comité de Control Interno.
5.- La Oficina de Planeación publicará en el Repositorio el Plan de Acción y el Plan Sectorial, para que se efectúe el seguimiento programado.

COMPROMISO	FECHA DE ENTREGA	RESPONSABLE
Reporte evaluación Planes de Mejoramiento.		Cilia Inés Guio
Entrega de Procedimientos para seguimientos		Cilia Inés Guio
Código de Ética y Estatutos		Cilia Inés Guio

República de Colombia Ministerio de Educación Nacional INSOR Instituto Nacional para Sordos Todos por un nuevo país para la Población Sorda Colombiana	**FORMATO DE ACTA**	CÓDIGO: FODE 27 VERSIÓN: 2.0 FECHA:16/03/2016

Modificación Programa de Auditoría vigencia 2018		Cilia Inés Guio
Publicación en el Repositorio del Plan de Acción y Plan Sectorial		Orlando Castillo

LISTADO DE PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / CARGO	DATOS DE CONTACTO	FIRMA
Lili Portilla Aguirre	Subdirectora Gestión Educativa	lili.portilla@insor.gov.co	
María Fernanda Lastra	Subdirectora Promoción y Desarrollo	maria.lastra@insor.gov.co	
Pablo Ordoñez Peña	Secretario General Director General (E)	pablo.ordoñez@insor.gov.co	
Orlando Castillo León	Jefe Oficina Asesora de Planeación	orlando.castillo@insor.gov.co	
Cristhian Andrés Rodríguez Díaz	Jefe Oficina Jurídica	cristhian.rodriguez@insor.gov.co	
Cilia Inés Guío	Asesora de Control Interno (Secretaria Técnica del Comité)	Cilia.guio@insor.gov.co	