

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>		CÓDIGO:	F -GD-18
			VERSIÓN:	2.0
			FECHA:	Feb. 27 de 2018
			PÁGINA:	1 DE 5

<b>ACTA No.:</b>	03	<b>Fecha:</b>	19	03	2021
			<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
<b>Hora inicio:</b>	11:40 am	<b>Hora Final:</b>	12:40 am	<b>Horas Ejecutadas:</b>	Una (1)
<b>Lugar:</b>	Reunión Virtual				
<b>Tema:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Planes de mejoramiento suscritos vigencia 2020 producto de auditorías internas</li> <li>➤ Mapa de riesgos de Gestión</li> </ul>				

### CONVOCADOS

Ingeniero Diego Victoria Mejía - Director General, Jhon Jairo Zapata Osorio- Subdirector Técnico, Julián Eduardo Montoya Ramírez -Subdirector Administrativo, Diana del Mar Gómez Fernández – Sistema Gestión de Calidad, Constanza Ivette Hernández Rojas Asesora Planeación, invitado Ingeniero Álvaro José Cruz Montoya y Aníbal Serna Aguilar secretario técnico del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### ORDEN DEL DÍA

1. Llamada a lista
2. Lectura acta anterior
3. Tema a tratar
4. Proposiciones y Varios
5. Lectura y Aprobación del Orden del Día

### DESARROLLO DE LOS TEMAS

El Doctor Jhon Jairo Zapata inicia la reunión dando la bienvenida a los integrantes del comité y solicita al Doctor Serna que informe cuantos planes de mejoramiento se suscribieron en la vigencia fiscal 2020 como resultado de las auditorías e informes practicados por la oficina de control interno y su estado.

El Doctor Serna toma la palabra y menciona que producto del cumplimiento del plan anual de auditorías ejecutado en la vigencia fiscal 2020, entre auditorías, informes de ley, y seguimientos se presentaron cincuenta y seis (56) informes, de los cuales se suscribieron 24 planes de mejoramiento.

La Oficina de Control Interno practico seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento observándose en el siguiente resultado:

Tabla No 1: Auditoria Proceso Gestión de Recursos Físicos

No	Proceso	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
1	Recursos Físicos	5	21/07/2020	31/11/2020	62%	No superado

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

La tabla anterior nos muestra que el plan de mejoramiento suscrito por el responsable del proceso gestión de recursos físicos presento un nivel de cumplimiento del 62%, producto del cumplimiento parcial de las acciones definidas para el hallazgo No 1 con un porcentaje de ejecución del 50% a cargo de la Ingeniera Nancy Cundumi, un cumplimiento parcial de los hallazgos 2 y 3 con un nivel de cumplimiento del 80% cada uno a cargo del Doctor Libardo Jair Osorio, un cumplimiento del 100% del hallazgo No 5 a cargo de la Doctora Yeny Aracelly Nuñez y la profesional universitaria del ARO Norte Cartago y el no cumplimiento del hallazgo No 4 a cargo del profesional universitario de contabilidad; Siendo el resultado final del avance del plan de mejoramiento insatisfactorio.

Tabla No 2: Auditoria Proceso de Contratación

No	Proceso	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
2	Contratación	3	18/09/2020	31/12/2020	100%	Cumplido

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

De acuerdo a la tabla número 2, el plan de mejoramiento suscrito por el responsable del proceso Gestión de Contratación, presenta un nivel de cumplimiento del 100%, producto del cumplimiento de (3) acciones definidas para subsanar los hallazgos 1, 2 y 3. Una vez realizado el seguimiento, se concluye que el plan de mejoramiento presenta un grado de cumplimiento del 100%, por tal motivo las acciones quedan cerradas.

Tabla No 3: Auditoria Procesos Gestión Financiera

No	Proceso	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
4	Gestión Financiera	2	17/11/2020	17/05/2021		En Proceso

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

El plan de mejoramiento reflejados en la tabla anterior, será sujeto de seguimiento en la presente vigencia fiscal.

Tabla No 4: Auditoria Proceso Gestión Documental

No	Sede Ppal y/o ARO	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
1	Gestión documental	2	15/10/2020	30/04/2020		En proceso
2	Gestión Financiera	3	07/10/2020	31/12/2020	93%	Cumplido
3	Protecc Quim. Estab	1	10/10/2020	31/10/2020	100%	Cumplido
4	Talento Humano	1	23/11/2020	30/04/2021		En proceso
5	ARO Norte Cartago	2	15/10/2020	30/03/2021		En proceso
6	ARO Centro Tuluá	2	24/02/2020	24/04/2021		En proceso
7	ARO Sur Cali	3	01/11/2020	30/04/2021		En proceso

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

La Oficina de control interno no ha realizado seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de la auditoría practicada al proceso Gestión Documental, sin embargo se puede evidenciar que los responsables de procesos Seguridad Química y Protección Radiológica hoy Establecimientos de Interés Sanitario y Gestión Financiera presentan nivel de avance del 100% y 93% respectivamente.

Tabla No 5: Auditoria Proceso Zoonosis

No	Sede Ppal y/o ARO	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
1	Zoonosis	1	05/01/2021	05/06/2021		En proceso
2	Almacén	1	05/01/2021	05/06/2021		En proceso
3	ARO Norte Cartago	2	05/01/2021	05/05/2021		En proceso
4	ARO Centro Tuluá	2	05/01/2021	05/07/2021		En proceso

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	CÓDIGO:	F -GD-18
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Feb. 27 de 2018
		PÁGINA:	3 DE 5

5	ARO Sur Cali	5	03/01/2021	30/04/2021		En proceso
---	--------------	---	------------	------------	--	------------

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

Los planes de mejoramiento reflejados en la tabla anterior, se suscribieron en la vigencia 2021 y se les realizará seguimiento en los próximos meses.

Tabla No 6: Auditoria Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

No	Sede Ppal y/o ARO	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
1	SG-SST	6	21/01/2021	30/06/2021		En proceso
2	Alta Dirección	1	25/01/2021	25/07/2021		En proceso
3	Cte Conviv Laboral	1	25/01/2021	05/08/2021		En proceso
4	ARO Norte Cartago	3	25/01/2021	25/07/2021		En proceso
5	ARO Centro Tuluá	5	25/01/2021	30/06/2021		En proceso
6	ARO Sur Cali	2	02/01/2021	31/03/2021		En proceso

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión

Los planes de mejoramiento reflejados en la tabla anterior, se suscribieron en la vigencia 2021 y se les realizará seguimiento en los próximos meses.

Tabla No 7: Informe PQRS

No	Sede Ppal y/o ARO	Hallazgos	Fecha Inicial	Fecha Final	%Avance	Estado
1	ARO Norte Cartago	1	01/08/2020	24/12/2020	100%	Cumplido
2	ARO Centro Tuluá	1	01/08/2020	30/09/2020	100%	Cumplido
3	Contratación	1	21/08/2020	30/12/2020	100%	Cumplido

Fuente: Oficina de Control Interno de Gestión.

De acuerdo a la tabla número 7, los planes de mejoramiento suscritos por los responsables de las Áreas Operativas ARO Centro Tuluá, ARO Norte Cartago Y aro Sur Cali, presentan un nivel de cumplimiento del 100%, producto del cumplimiento de las acciones definidas para subsanar los hallazgos, Una vez realizado el seguimiento, se concluye que los planes de mejoramiento presenta un grado de cumplimiento del 100%. Por lo tanto la acción queda cerrada.

Paso seguido se continúa con el orden del día para tratar el segundo punto, el cual hace referencia a la presentación de la propuesta de actualización del Mapa de riesgos de Gestión y pérdida de la información de la UESVALLE a cargo del Ingeniero Álvaro José Cruz Montoya.

El Ingeniero Cruz toma la palabra e inicia mencionando que el tema de control interno viene desde la constitución del 91, reglado por la ley 87 de 1993, que en su artículo 2 nos habla de la obligatoriedad de que las entidades administren sus riesgos; existe el decreto 1499 de 2017 Modelo de Gestión y Desempeño, aquí vemos que la articulación de la gestión del riesgo, se da directamente con tres de las siete dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión que son: Dimensión de Direccionamiento Estratégico, Gestión con valores para resultados y con la dimensión 7 de control interno.

Para la actualización de los mapas de riesgos se soportó en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5, expedida en diciembre 2020 por Función Pública, los estatutos de la UESVALLE, Plan Estratégico, Modelo Institucional de Gestión Operativo "MIGO" y el Modelo Integral de Prestaciones de Servicios "MIPSS". En el ejercicio hecho se priorizaron 26 riesgos de

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	CÓDIGO:	F -GD-18
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Feb. 27 de 2018
		PÁGINA:	4 DE 5

gestión, los cuales fueron detallados por cada proceso.

Recordemos que tenemos una política de administración del riesgo, la cual se encuentra publica en la página web de la entidad, esta contiene el tratamiento que se le dará a los riesgos, la responsabilidad de las líneas de defensa frente a la administración de los riesgos, se presenta las definiciones que trae la guía

De acuerdo a la estrategia para combatir el riesgo, se hizo un plan de acción para mitigar el impacto del mismo.

El ingeniero Cruz continua diciendo que se han identificado tres riesgos de información, finalmente menciona que los mapas de riesgos se encuentran publicados en la página web de la entidad, los cuales son sujetos de revisión por parte de los entes de control (Contraloría y Oficina de Control Interno) y que cuando se materialice algún riesgo, se analice cual fue la causa y que si no se encuentra en el mapa de riesgos se incluya.

El secretario técnico del comité retoma la palabra y da los agradecimientos al ingeniero Cruz, y expresa que si algún miembro del comité desea intervenir, sin que esto se dé; razón por la cual sin más intervenciones se da por finalizada la reunión siendo las 12:30 pm.

### COMPROMISOS

Una vez analizada la información suministrada por el Asesor de la Oficina de Control Interno de Gestión, y teniendo en cuenta que las acciones definidas en el plan de mejoramiento suscrito, producto de auditoria interna al proceso gestión de recursos físicos no fueron efectivas, y que el plazo de ejecución de las mismas vencieron el 30 de diciembre de 2020, es necesario que se suscriba nuevo plan de mejoramiento con el fin de que se definan acciones encaminadas a subsanar la desviación presenta en el proceso, siendo consecuentes con el procedimiento P-CI-02 Auditorías Internas.

FIRMAS DE:

Diego Victoria Mejía  
Director General

Jhon Jairo Zapata Osorio  
Subdirector Técnico

Julián Eduardo Montoya Ramírez  
Subdirectora Administrativa.

Diana del Mar Gómez Fernández  
Sistema de Gestión de Calidad

Constanza Ivette Hernández Rojas

Aníbal Serna Aguilar.

	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	CÓDIGO:	F -GD-18
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Feb. 27 de 2018
		PÁGINA:	5 DE 5

Asesora Planeación e Información Institucional	Secretario Técnico Comité.
--	----------------------------