



FORMATO ACTA DE REUNIÓN

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 23/12/2016

Página 1 de 4

ASUNTO DE LA REUNIÓN:

I Convocatoria comité institucional de coordinación de control interno a cargo de la jefe de control interno del Sistema Integrado de Transporte de Valledupar SIVA S.A.S, vigencia 2025

FECHA: 22/09/2025

HORA DE INICIO: 9:00 a.m.

HORA FINAL: 10:30 a.m.

**LUGAR: Sala de Juntas
SIVA SAS**

ORDEN DEL DIA:

1. Llamado a lista y verificación del quorum.
2. Instalación del CCCl por parte de la gerencia general.
3. Revisión y ajustes del Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2025.
4. Seguimiento al plan de mejoramiento Contraloría municipal y General.
5. Socialización del informe de seguimiento y verificación a los diferentes riesgos por procesos 2025
6. Recomendaciones y avances de la Oficina de Control Interno para auditoria basada en riesgos, planificada en el PAAI vigencia 2025.
7. Proposiciones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Llamado a lista y verificación del quorum:

Se procedió a realizar el llamado a lista, encontrándose presentes todos los miembros del comité, con una asistencia del 100% se constata que hay quorum para deliberar y decidir.

2. Instalación del CCCl por parte de la gerencia general:

El Dr. Jaime González Mejía gerente del SIVA S.A.S realiza la instalación del comité institucional. Y se da inicio al comité por parte de la jefe de control interno Dra. María Angelica González Oñate.

3. Revisión y ajustes del Plan Anual de Auditorías Internas vigencia 2025:

La Dra. María Angélica González Oñate jefe de control interno, realiza una explicación de todo ejecutado del 1 de enero 2025, hasta la fecha del PAAI, informando que lo que se planifico en el PAAI se ha venido ejecutando, sin incumplir con las fechas estipuladas en el plan, se verifica lo expresado. Es de anotar que en cada oficio remitario de los diferentes informes enviados a la gerencia se envía el link donde se deben publicar en la página web del SIVA S.A.S, los diferentes documentos enviados.

4. Seguimiento al plan de mejoramiento Contraloría municipal y General:

La oficina de control interno le realiza seguimiento y revisión al plan de mejoramiento de la contraloría general, donde analizamos los diferentes hallazgos y le solicita a la gerencia que manifieste las medidas que se tomaran frente a los diferentes hallazgos encontrados por la contraloría general, en donde el Dr. Luis Gabriel Rivera Arias, Asesor Jurídico de la Entidad, manifiesta que de los tres (3) hallazgos encontrados, dos (2) de estos se subsanaron en 100%, quedando pendiente el hallazgo relacionado con la publicación del Secop, dado que las diferentes áreas que intervienen en el proceso deben realizar articulaciones de los diferentes procesos para evitar que se sigan presentando estos errores que generan como resultados hallazgos ante los entes de control. De los dos (2) hallazgos superados, podemos manifestar que los seis (6) buses que la Contraloría General de la República calificó en estado de abandono, se encuentran operativos y prestando el servicio en el Sistema Estratégico de Transporte Público de Pasajeros de la ciudad de Valledupar.

En cuanto al mantenimiento en general de la flota, la Entidad a través de dos (2) procesos administrativos sancionatorios, uno (1) concluido, y el otro por finalizar, ha coaccionado al operador del transporte, con la finalidad de realizar las inversiones necesarias para mantener operativa la totalidad de la flota. Estas inversiones han redundado en mejoras significativas en el servicio de transporte.

5. Socialización del informe de seguimiento y verificación a los diferentes riesgos por procesos 2025:

Actualmente la matriz de seguimiento a corte de agosto de 2025 cuenta con 51 riesgos identificados, de los cuales 28 a riesgos de gestión, 13 a riesgos de corrupción y 10 de seguridad de la información distribuidos como el cuadro anterior.

Se procedió a realizar el seguimiento y la evaluación al Plan de manejo de riesgos vigente, verificando las acciones definidas por la entidad para la administración del riesgo a través de la observación y revisión de los registros soporte de cada acción propuesta en visita efectuada a los responsables de los procesos, encontrando lo siguiente:

PROCESO	# ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE MANEJO DEL RIESGO	REALIZADAS	EN PROCESO	VENCIDAS	EFICACIA
PLANEACION ESTRATEGICA	9	3	6	0	33%
GESTION DE COMUNICACIONES	7	0	7	0	0%
GESTION FINANCIERA	11	0	11	0	0%
GESTION DE TALENTO HUMANO	11	2	9	0	18%
GESTION SOCIAL	8	0	8	0	0%
GESTION AMBIENTAL	7	0	7	0	0%
GESTIÓN DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA	9	0	9	0	0%
GESTIÓN DE OPERACIONES	13	2	13	0	15%

GESTIÓN DE ADMINISTRATIVA	11	2	11	0	18%
GESTIÓN DE TICS	7	0	7	0	0%
GESTIÓN JURÍDICA	14	2	12	0	14%
GESTION DOCUMENTAL	11	3	8	0	27%
GESTION DE EVALUACION Y CONTROL	8	5	3	0	63%
TOTAL	126	19	111	0	15%

Observamos que de las ciento veinte seis (126) acciones establecidas en todos los planes de manejo de riesgos de los mapas de riesgos de los procesos se encuentran diecinueve (19) acciones cerradas y en ciento once (111) en Curso en su porcentaje proyectado, con un porcentaje de eficacia del 15%, teniendo en cuenta que es la medición corresponde al segundo cuatrimestre de la vigencia y las acciones están proyectadas hasta diciembre de la vigencia.

6. Recomendaciones y avances de la Oficina de Control Interno para auditoria basada en riesgos, planificada en el PAAI vigencia 2025.

- ❖ Entregar la información completa en los tiempos solicitados.
- ❖ Cumplir con los objetivos del auditoria.
- ❖ Asistencia y puntualidad en las fechas programadas, hora de inicio y de finalización de la auditoria.
- ❖ Identificar las oportunidades de mejora en los diferentes procesos, teniendo en cuenta las sugerencias y recomendaciones.
- ❖ Estar atentos a las recomendaciones y solicitudes del equipo auditor.
- ❖ Contar con las herramientas, recursos financieros, humanos, tecnológicos, transporte, conexión a internet, equipos de cómputo, disposición de un espacio físico, entre otros, para la realización de la auditoria. Para así evitar traumatismos, demoras en los diferentes procesos y entregas de informes.
- ❖ Capacidad operativa y tecnológica para el desarrollo de la auditoría.
- ❖ Seguimiento eficaz a los resultados de auditoría.
- ❖ Utilización en la auditoria de Métodos: NTC ISO 19011:2018 y la Guía de auditoría para entidades públicas de la DAFP en su versión vigente además de los dispuestos por los auditores externos.
- ❖ El equipo Auditor: Líder de Auditoria jefe de control Interno, Auditores Internos: Esp. en Calidad certificada como Auditor ISO 9001:2015, conocimientos de MIPG, Auditor experto: Sistema de seguridad y salud en el trabajo, contratación y financiero.

7. Proposiciones y varios:



FORMATO ACTA DE REUNIÓN

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 23/12/2016

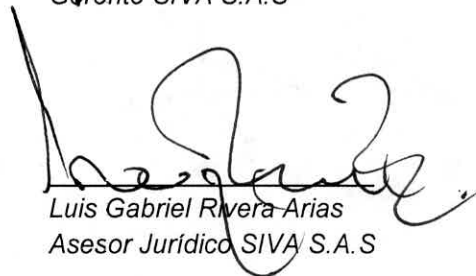
Página 4 de 4

No se presentaron proposiciones y varios por parte del comité.

Al agotarse el orden del día siendo las 10:30 a.m. se da por terminada la reunión y firma los que en ella intervienen.


Jaime González Mejía
Gerente SIVA S.A.S


María Angélica González Oñate
Jefe Control Interno SIVA S.A.S


Luis Gabriel Rivera Arias
Asesor Jurídico SIVA S.A.S


Suleima Goyeneche
Planeación SIVA S.A.S