

COMITÉ DE COODINACIÓN DE CONTROL INTERNO *Fecha: julio 22 del 2026*

ACTA No. 3

FECHA: 22 de julio del 2026

HORA: 8:00 a.m.

LUGAR: Comité virtual <https://teams.microsoft.com/meet/218121382908777?p=D1VnVQZwfzY0Dj5dJ3>

ASISTENTES:

Paula Ximena Henao Escobar	Directora
Mónica María Pérez Barragán	Jefe Oficina Jurídica
Yenire Yohansy Lozano Ascanio	Subdirectora Operativa
Fátima Verónica Quintero Núñez	Subdirectora de Gestión Corporativa
José Andrés Ponce Caicedo	Subdirector de Gestión Humana
Manuel Eduardo Castillo	Jefe Oficina Asesora de Planeación
Omer Mauricio Rivera Ruíz	Subdirector Logístico
William Alfonso Tovar Segura	Subdirector Gestión del Riesgo

SECRETARÍA TÉCNICA DEL COMITÉ:

Carlos Andrés Vargas Puerto	Jefe Oficina de Control Interno
-----------------------------	---------------------------------

ORDEN DEL DÍA:

- 1- Verificación de Quórum
- 2- Ejecución Plan Anual de Auditorías basado en riesgos corte 30 de junio.
- 3- Modificación Plan Anual de Auditoria basado en riesgos.
- 4- Plan de trabajo (2026-2027) para la transición de la guía de riesgos del DAFP versión 6 a la guía integral de riesgos versión 7.
- 5- Actualización mapa de riesgos proceso Gestión de Recursos.
- 6- Varios

DESARROLLO:

Previo al inicio del Comité, el jefe de la Oficina de Control Interno solicita autorización para realizar la grabación de la reunión y los concurrentes aprueban, agradece a los integrantes su asistencia y procede con la instalación de la sesión tres (3) del 2026.

1. Llamado a lista y verificación del Quórum

Se realiza el llamado a lista y se verifica la asistencia de ocho (8) de los miembros del comité, lo que permite establecer que hay Quorum para sesionar.

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

Acto seguido se dio lectura al orden del día el cual fue aprobado por los miembros del Comité.

2- Ejecución Plan Anual de Auditorías basado en riesgos corte 30 de junio

El Jefe de Control Interno dio a conocer los avances de las siguientes auditorías y seguimientos realizados a corte de 30 de junio de 2026, las cuales se han desarrollado en el semestre y terminan en el mes de julio, así:

Roles	Cumplida	En ejecución	Total general
Auditorías Especiales o Eventuales	2	2	4
Auditorías Internas/Seguimientos	2	1	3
Fomento de una cultura de Autocontrol	2		2
Informes de Ley	40		40
otras actividades	8		8
Seguimiento a Planes de Mejoramiento	2		2
Total general	56	3	59

En ejecución:

- Auditoría al Mantenimiento preventivo y correctivo del parque automotor.
- Seguimiento a la Seguridad de la información en el marco de la norma 27001:2022.
- Seguimiento a las recomendaciones realizadas a los procesos disciplinarios.

Los informes generados por la Oficina de Control Interno son remitidos a la Directora de la Entidad y al Líder del proceso responsable de la información de cada ejercicio auditor, a continuación se presentan los resultados de las auditorías y seguimientos realizadas con mayor relevancia, dada la transversalidad de los temas evaluados, así:

Auditoría de Contratación Procesos Públicos y Contratación Directa.

Se generaron 20 hallazgos.

Recomendaciones:

- ✓ Se requiere que la información de la gestión contractual sea revisada, ajustada y completada, garantizando que los soportes definitivos reposen tanto en el expediente contractual físico de la Oficina Jurídica como en la plataforma SECOP II, de manera que se asegure la concordancia, trazabilidad y confiabilidad de la documentación que soporta la ejecución contractual.
- ✓ Evaluar la actualización del Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría a la Versión 04

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

- ✓ Agilizar la actualización del estado de los pagos en SECOP II, pasando de "aprobado" a "pagado" una vez se efectúe el desembolso por parte del área financiera.

Se está formulando el plan de mejoramiento, tenemos plazo hasta el día de hoy, han llegado algunas acciones desde la subdirección logística, las cuales fueron revisadas y enviadas para los respectivos ajustes, ayer llegó información desde la subdirección de Gestión Corporativa y esperamos que el resto de los de las acciones estén llegando hoy para formular nuestro plan de mejoramiento.

Seguimiento a la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

Se generaron 8 hallazgos.

Recomendaciones:

- ✓ Implementar un control formal para garantizar que todo servidor, contratista o trabajador que ingrese por primera vez a la entidad reciba inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo antes del inicio efectivo de sus labores.
- ✓ Consolidar una matriz institucional de control de EPP que permita verificar, por cada uniformado, los elementos asignados, fecha de entrega, soporte firmado, novedades de talla, reposiciones, garantías, capacitaciones recibidas y estado actual del equipo, con el fin de garantizar trazabilidad, oportunidad en la reposición y cumplimiento de los requisitos del SG-SST.
- ✓ Definir un plan de intervención priorizado para las condiciones locativas inseguras evidenciadas, con clasificación por nivel de riesgo, responsable, fecha de cierre, evidencia fotográfica de antes/después y validación técnica del cierre efectivo.

3- Modificación del Plan Anual de Auditoría

El Jefe de Control Interno pone a consideración de los integrantes del Comité la modificación del Plan Anual de Auditoría con la inclusión de requerimientos normativos, así:

- Inclusión de un seguimiento al Sistema de Control Interno Contable con corte al 30 de junio de 2026, en cumplimiento de la Circular 03 del 25 de mayo de 2026, emitida por la Veeduría Distrital. El seguimiento se realizará a partir del 3 de agosto.

Los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprueban por unanimidad la modificación del Plan Anual de Auditoría.

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

4- Plan de Trabajo para la Implementación de dos Cambios de la Guía de Administración del Riesgo. DAFP- VERSIÓN 7

El jefe de la oficina de Control Interno dio la palabra al Dr. Manuel Eduardo Castillo - Jefe Oficina Asesora de Planeación, quien dio a conocer el plan de trabajo para la implementación de los cambios de la Guía de Administración del Riesgo, Esto implica que estábamos en la versión 6, ahora pasamos a la versión 7, se hizo una revisión completa. El plazo para tener en cuenta sobre la implementación es septiembre del 2027.

Algunos aspectos que se mantienen: los conceptos básicos de la gestión del riesgo, metodología de la administración del riesgo, responsabilidades establecidas en las cuatro líneas de defensas, inclusión de las acciones de formación y comunicación en el programa de transparencia y ética pública (PETP), sobre el desempeño y actualización del SIGRIP que es el sistema de gestión del riesgo para la integridad pública, se actualizan los contenidos relacionados con los riesgos de seguridad de la información, elaborar el manual de desarrollo del principio de la debida diligencia, además pasamos del SARLAF a la política antilavado de activos contra la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Se amplía la metodología para definir los indicadores para la gestión del riesgo de los indicadores claves del riesgo y también se mantiene la caja de herramientas la definición de los controles preventivos y directivos la definición del riesgo de gestión de corrupción la estructura del mapa de riesgos y la adopción del enfoque.

Los controles en los documentos de la entidad dentro de los principales cambios que se deben tener en la incorporación a la política para la gestión integral del riesgo, tanto el contexto interno como el contexto externo, el cual debe complementarse con los ítems requeridos por el SIGRIP, que es el sistema de gestión del riesgo.

Se presentará ante el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, el mapa de riesgos actualizado para el segundo semestre, ya que para el 31/01/2027, se deberá publicar el mapa de riesgos por proceso en la página web, para lo cual la oficina de planeación presenta el plan de trabajo para la implementación de los cambios de la guía de la versión 6 a la versión 7, así:

FASE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA	FECHA LIMITE
1. Diagnóstico	*Revisar integralmente la Guía DAFP versión 7 e identificar cambios frente a la versión vigente en la entidad / consultas con el DAFP para aclaración metodológica. *Elaborar plan de trabajo	Documento: Análisis y plan de trabajo	30 de junio de 2026

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

FASE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA	FECHA LIMITE
2. Análisis de brechas	*Diligenciar matriz: Niveles de Madurez para la Gestión del Riesgo establecida en la guía DAFP versión 7 *Elaborar documento análisis de brechas	Matriz Niveles de Madurez para la Gestión del Riesgo Documento: Análisis de brechas	31 de Julio de 2026
3. Ajuste documental	*Revisar el anexo 1 de la guía de riesgos del DAFP "mapa de riesgos parametrizada" para verificar su funcionalidad y proceder a estandarizarla *Realizar taller con el equipo de la OAP para: - Socializar los cambios de la guía de riesgo V7 - Explicar el nuevo formato mapa de riesgos - Explicar cómo realizar la transcripción de los riesgos actuales por procesos (gestión, fiscal, corrupción y LAFT) al mapa de riesgos integral.	Formato mapa de riesgos integral publicado en página web Presentación Lista de asistencia	31 de julio de 2026
4. Solicitud revisión planes de acción de riesgos	Solicitar por medio de correo institucional a los líderes de procesos el revisar y de ser necesario ajustar los planes de acción para abordar riesgos cuya zona residual este en: extrema, alta o moderada	Correo institucional	31 de agosto de 2026
5. Socialización cambios	*Socializar con el proceso TIC los lineamientos de la guía versión 7 frente a los riesgos de seguridad de la información. *Socializar cambios de la Guía versión 7 Agentes P3, así como el presente plan de trabajo.	Presentación / Acta de reunión/ listado de asistencia	30 de septiembre 2026
6. Ajuste y aprobación Política para la gestión integral de riesgos	*Realizar los ajustes a la Política de riesgos vigente de acuerdo con la establecido en la guía de riesgos v7. *Presentar a CICCÍ Política para la gestión integral de riesgos para aprobación y solicitar que durante la transición al nuevo mapa de riesgos integral se continúe con el manejo de los mapas actuales *Designación del funcionario que asumirá las funciones de cumplimiento. (Requisitos: - Nivel directivo o asesor - Dependa de la alta dirección - Puede ser un equipo dependiendo de la capacidad de la entidad - Autonomía por maneja información confidencial - Desempeño destacado: no deben tener investigaciones disciplinarias ni penales. - Ejemplo: grupo de trabajo despacho/ asesor de despacho)	Política para la gestión integral de riesgos actualizada Esquema metodológico – anexo a la política Política para la gestión integral de riesgos aprobada en CICCÍ Designación persona que asumirá las funciones de cumplimiento	30 de noviembre 2026

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

FASE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA	FECHA LIMITE
	Responsabilidades: monitorear todos los riesgos SIGRIP, analizar señales de alerta, evaluar operaciones sospechosas, promover fortalecimiento de controles, reportar a La UIAF cuando corresponda.		
7. Elaboración documentación	Elaborar documentación requerida (Manual para el desarrollo del principio de debida diligencia, función de cumplimiento, procedimientos, entre otros)	Procedimientos requeridos guía de riesgos v7.	31 de diciembre 2026
8. Implementación	Realización de mesas de trabajo con los procesos: *Revisar y de ser necesario ajustar riesgos actuales: redacción, valoración del riesgo, controles, valoración. *Evaluar la necesidad de crear nuevos riesgos basado en los lineamientos de la cartilla versión 7. *Revisar indicador de cada riesgo. (Orientar indicadores que permita facilitar una gestión proactiva del riesgo.) *Definir el apetito del riesgo estableciendo umbrales de alerta.	Mapa de riesgos actualizado por proceso	31 de diciembre 2026
9. Aprobación mapa de riesgos por proceso	Presentar a CICCI los mapas de riesgos por procesos	Mapa de riesgos actualizado por proceso aprobados	31 de diciembre 2026
10. Publicación mapa de riesgos por proceso	Solicitar la publicación de los mapas de riesgos en la página web	Mapa de riesgos actualizado por proceso publicados en la página web	31 de enero del 2027

5. Actualización mapa de riesgos proceso Gestión de Recursos

El jefe de la oficina de Control Interno da la palabra al Dr. - Omer Mauricio Rivera Ruíz- Subdirector Logístico, quien da a conocer la actualización mapa de riesgos proceso Gestión de Recursos a cargo de la profesional Sandra Paola Lombana Moreno, así:

Realizamos nuestra matriz de riesgos de procesos basados en 2 líneas principales, suministros, que tiene lo relacionado con servicios, bienes y servicios y la línea de parque automotor y equipo menor que, por su similitud en las condiciones de mantenimiento, pues se realizaron bajo una misma línea de riesgo.

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

Nosotros solicitamos a la a la Oficina de Planeación las los siguientes modificaciones a la matriz de riesgos.

En el riesgo uno, control cuatro de suministros perteneciente a suministros, cambiar el texto, una vez recibidos los pedidos, se procede a almacenar en la bodega de logística y se cargan las cantidades recibidas en la matriz de seguimiento, teniendo en cuenta la información de la remisión a la siguiente redacción.

"Cada vez que llegue un bien o servicio, se verifica las cantidades solicitadas versus lo recibido, teniendo en cuenta la información de la remisión". Este cambio se realiza porque es una acción interna lo que hacemos nosotros. Entonces, digamos que el control no estaría en almacenar en bodega, sino en revisar las cantidades solicitadas versus lo recibido en la remisión.

El riesgo uno, el control 5 viene atado muy a al respecto al anterior riesgo y era también recibir en bodega y cargar las cantidades recibidas en la matriz de seguimiento, teniendo en cuenta la información de la remisión, nosotros solicitamos eliminar este riesgo debido a que esta revisión queda establecida en la minuta contractual. Nosotros estamos con las obligaciones de los contratos realizando ese seguimiento en la bodega de logística.

Por tanto, no sería un control del proceso, sino sería un control interno a lo a en lo contenido de nuestros contratos de prestación de proveedores.

El siguiente riesgo es el R-1 C-7.

Requerimos eliminarlo toda vez que éste dictaba que se realizan tomas físicas para validar las existencias versus la información registrada en la matriz de seguimiento de entradas y salida de suministros, generando el listado de las referencias para ser entregado al subdirector de Logística. Sargento, jefe de logística y líder de suministro, en esta fuimos asesorados por la parte de planeación, debido a que nosotros no somos los que manejamos el almacén, por tanto, no debería existir este control dentro de nuestro procedimiento, si no son actividades al interior de nuestra de nuestra subdirección, las que realizamos para mantener, la información de lo que tenemos en bodega, de la toma física es de almacén que lo maneja la Subdirección Corporativa, ya para el riesgo 2 que obedece a parque automotor y equipo menor, lo que se realizó fue una eliminación de palabras, las cuales les voy a señalar a continuación R-2, el riesgo 2, control 5.

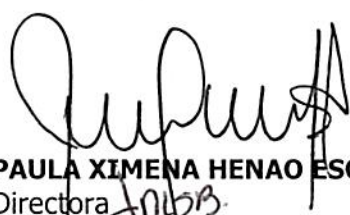
Esta línea es un control exclusivo de parque automotor, por tanto, se elimina el control para equipo menor. Entonces se modificaron las columnas acción, la columna complemento y la columna evidencia con todo lo relacionado a lo que era equipo menor, dado que este es un control que solo maneja parque automotor, el riesgo 2, el control 6. en la columna evidencia se incluyó correo electrónico de decisión en esta columna estaba las actas de comité, de la información del parque automotor y esas deberían haber sido remitidas, digamos, a los proveedores, pero como estas, como estas actas de comité son tan sensibles con la información que manejan, lo que se decide es realizar un correo al proveedor. indicándole que está autorizado para hacer la reparación de los vehículos que en comité quedaron aprobados.

Continuación Acta Comité #2 Fecha: 22 de julio del 2026

6- Propositiones y varios

No se presentan temas a tratar.

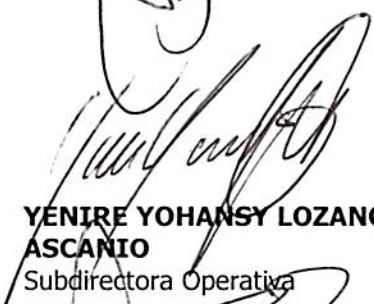
Siendo las 8:35 a.m. se da por cumplido el objetivo del comité y se da por terminada la sesión.



PAULA XIMENA HENAO ESCOBAR
Directora



MÓNICA MARÍA PÉREZ BARRAGÁN
Jefe Oficina Jurídica



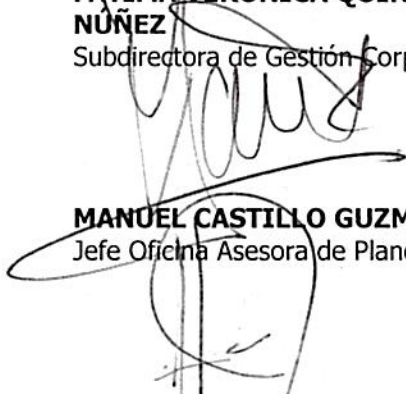
**YENIRE YOHANSY LOZANO
ASCANIO**
Subdirectora Operativa



**FATIMA VERÓNICA QUINTERO
NÚÑEZ**
Subdirectora de Gestión Corporativa



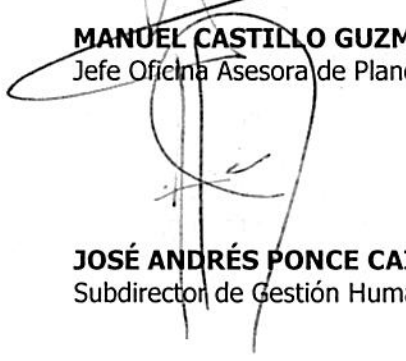
OMER MAURICIO RIVERA RUIZ
Subdirector Logístico



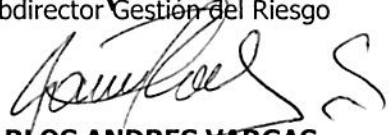
MANUEL CASTILLO GUZMÁN
Jefe Oficina Asesora de Planeación



**WILLIAM ALFONSO TOVAR
SEGURA**
Subdirector Gestión del Riesgo



JOSÉ ANDRÉS PONCE CAICEDO
Subdirector de Gestión Humana



**CARLOS ANDRÉS VARGAS
PUERTO**
Secretario Técnico del Comité

Proyectó: Yaneth Rocio Moreno Hernández – Contratista OCI
Revisó: Carlos Andrés Vargas Puerto – jefe OCI