



## ACTA DE REUNIÓN

Código: PAE-10-01-R02

Versión: 03

Fecha: 29/04/2022

Página 1 de 12

### ACTA DE REUNIÓN

**REUNIÓN: Comité Institucional de Control Interno**

**Objetivo: Seguimiento tercer trimestre SCIG y demás temas del orden del día**

**AÑO 2025 – No. 004**

Siendo las 8:30 a.m. horas del día 28 de noviembre del presente año, se reunieron en el Auditorio de Empocabal las siguientes personas:

#### I. PARTICIPANTES.

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	CELULAR	CARGO
Oscar Javier Vasco Gil	18.615.842	3148873275	Gerente
Luis Felipe Toro López	1.093.220.695	3113765452	Dir. Aseo y Calidad
Manuela García Giraldo	1.088.347.188	3217715460	Dir. Alumbrado
Juan David Carmona Díaz	1.093.221.015	3187678958	Dir. Financiero
Maria Fernanda Cardona Cabarcas	1.093.226.536	3012750846	Dir. Comercial
Yuliana Giraldo Echeverry	33.967.660	3217663267	Dir. Acueducto y Alcantarillado
Paula Andrea Arias Calle	1.093.219.862	3168651169	Dir. PTAP
Natalia Beltrán Valencia	1.093.223.188	3142463466	Jefe Oficina Contable
Carlos Alberto Montes Ramírez	18.594.540	3003071122	Dir. Administrativo y de RRHH
John Castañeda Reinosa	18.613.543	3206671515	Coordinador Sistemas
Jhonatan Morales Henao	1.093.227.820	3217571138	Tec. PPTAL
José Abelardo Tabares	18.616.755	3015547096	Coordinador Contractual
Iuan Posada Yépez	10.121.833		Aux. Administrativo
Leonidas González Rendón	18.594.085	3183508899	Asesor Control Interno
Juan Norbey Loaiza Tabares	18.592976	3218950826	Almacenista

Se adjunta formato PAE-20-02-R06 Información documentada de asistencia para su respectiva verificación.

#### II. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR.

Acta No. 03 con fecha del 24 de julio del 2025 enviada con anterioridad a los miembros del comité para su conocimiento y respectiva revisión.

#### III. ORDEN DEL DÍA.

1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta anterior.
3. Temas a tratar. Trece (13) temas relacionados y enviados con antelación dentro de la convocatoria.
4. Propositiones y asuntos varios
5. Clausura de la reunión.

#### **IV. DESARROLLO.**

Hace apertura de la reunión el Sr. Leonidas y da inicio al Comité Institucional de Control Interno del 28 de noviembre del presente año en el siguiente orden:

##### **1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día:**

Se verifica el quórum siendo este el reglamentario para deliberar y tomar decisiones. Se constata la asistencia de 12 personas de 17 que conforman el comité. Seguidamente, se procede a dar lectura del Orden del Día, para su respectiva consideración y aprobación:

##### **ORDEN DEL DÍA**

1. Verificación del quórum y aprobación del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta anterior.
3. Temas a tratar. Los siguientes trece (13) temas relacionados y enviados con antelación dentro de la convocatoria.
  1. Resultados obtenidos a partir de la verificación y evaluación permanente realizada por la dependencia a su cargo del Sistema de Control Interno de la entidad, con sus respectivas recomendaciones de mejora.
  2. Resultado de medición y evaluación de la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles implementados en la entidad, con las respectivas recomendaciones sobre la continuidad, evaluación e introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas u objetivos de los diferentes instrumentos de planeación de la empresa.
  3. Resultados de la verificación de la aplicación del régimen disciplinario por parte de la Dirección Administrativa y del personal.
  4. Informe de ejecución y resultados del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2025, prácticas acorde con lo dispuesto en el Estatuto de Auditoría Interna de la empresa y nivelando de avance del plan de mejoramiento suscrito sobre las diferentes dependencias.

5. Relación de las actividades adelantadas por la dependencia a su cargo, tendiente a fomentar en toda la organización la formación de la cultura del control en aras del mejoramiento continuo y cumplimiento de la misión de la entidad.
6. Resultados de la verificación a los Planes de Mejoramiento suscritos vigentes con los órganos de control fiscal, certificando el porcentaje de cumplimiento de cada uno de ellos, así como las acciones no cumplidas, especificando la dirección o dependencia a cargo de estas.
7. Informe sobre el nivel de cumplimiento del Plan de Gestión y resultados PGR, Plan de Obras e Inversiones Reguladas y Plan de Manejo y Saneamiento de Vertimientos.
8. Informe sobre el estado actual del sistema de PQRs en cuanto al cumplimiento de términos, número de PQRs pendientes de responder en términos y número de PQRs pendientes por responder vencidas,
9. Número de tutelas interpuestas en contra de la empresa por violación del derecho de petición y estado actual de las mismas.
10. Nivel de avance de diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG.
11. Informe detallado sobre cumplimiento de cargue de información en el sistema único SUI, diseñado por cada dirección o dependencia responsable.
12. Socialización informe trimestral tercer trimestre sobre el estado actual del sistema de control interno de la empresa.
13. Informe sobre el proceso y estado de publicación de órdenes de servicio y suministro en la plataforma SECOP y SIA OBSERVA por parte de las dependencias.

4. Propositiones y asuntos varios

5. Clausura de la reunión.

Se pone a consideración el orden del día, siendo éste aprobado por unanimidad.

## **2. Lectura y aprobación del acta anterior**

Sigue con la palabra el Sr. Leonidas y da inicio a la Lectura del acta anterior, acta número 003 del 24 de julio de 2025, recordándose que esta acta se envió previamente a los correos.

El orden del día de dicha acta fue: Llamado a lista y verificación del quórum, lectura del acta anterior, temas a tratar, informe semestral sobre el estado del sistema de Control Interno, socialización del informe FURAG vigencia 2024, informe de avance del plan anual de auditoría, seguimiento de informes, informe semestral sobre atención de PQRs, informe de avance de planes de mejoramiento suscritos con entes de

control, cuarto. Propositiones y asuntos varios y quinto, cierre de la reunión.

Desarrollo de la reunión. Se realiza el respectivo llamado a lista y se verifica quórum, donde se verifica que efectivamente tenemos quórum para la realización del comité. Se da lectura al acta anterior sin objeciones, la cual es aprobada. Desarrollo de los temas a tratar: Se realiza la socialización del informe semestral del estado del Sistema de Control Interno, el cual se realiza con corte a 30 de junio del 2025. El informe arroja un grado de avance del 94%, presentando un avance importante ante el 68% de avance presentado en el semestre anterior. Son revisados cada uno de los componentes del sistema de Control Interno y socializados y discutidos los resultados obtenidos con sus respectivas conclusiones. El gerente sugiere realizar una revisión a cada uno de los componentes para la calificación del próximo trimestre para no incurrir en errores en cuanto al avance en el estado del sistema de Control Interno de la empresa.

Se socializa el informe de FURAG, Formato Único para el Reporte de Avance de la Gestión de la vigencia 2024, presentado en el mes de mayo del 2025, donde se hace un recorrido a la calificación de cada una de las siete dimensiones y las 19 políticas. Se socializa el resultado de cada una de las políticas y las recomendaciones que arroja el informe, donde se invita a los líderes de los procesos a revisar los resultados para sacar las propias conclusiones, ya que estos formatos son muy generales a nivel nacional y es importante que nos apropiemos de esta información.

Los resultados fueron: El Índice de Desempeño Institucional arroja un 84.1% para la empresa por cada una de las dimensiones. Los resultados por dimensión: Dimensión 1, Talento Humano: 90.5%. Dimensión 2, Direccionamiento Estratégico y Planeación: 88.1%. Dimensión 3, Gestión para Resultados con Valores: 79.1%. Dimensión 4, Evaluación de Resultados: 74.5%. Dimensión 5, Información y Comunicación: 78.8%. Dimensión 6, Gestión del Conocimiento: 70.1%. Dimensión 7, Control Interno: 90.4%.

Se presenta el cronograma del avance del Plan Anual de Auditoría, seguimientos e informes, donde se vienen programando y planeando las auditorías para el segundo semestre de la vigencia, donde los diferentes informes de control interno se tienen al día.

El asesor de Control Interno realiza una presentación del estado de PQRs por parte de las direcciones, así: Dirección de Alumbrado Público tiene 61 solicitudes, 57 resueltas y 4 pendientes dentro de los términos de ley. La Dirección de Aseo tiene 234 solicitudes y, según la plataforma Nexis, de 257 solicitudes se tienen 66 sin cerrar. La Dirección Comercial en el aplicativo Nexis presenta 1,768 solicitudes en el semestre, de las cuales 32 se encuentran en estado pendiente. El resumen es: Comercial Nexis total 1,768 (86.11% de las PQR); Aseo 224 (10.91%); y Alumbrado 61 (2.9%) de un total general de 2,053 solicitudes. PQRs sin respuesta: Comercial Nexis 32 (1.8%), Aseo 66 (29.4%) y Alumbrado 4 (6.1%).

El informe de avance de Planes de Mejoramiento con entes de control: El Plan de Mejoramiento Ambiental se presenta con un avance del 70% con dos hallazgos con cumplimiento en un 40% para la vigencia 2027. El plan de mejoramiento de auditoría de cumplimiento con 12 hallazgos presenta un avance de un 59%.

En este punto, hace intervención el Sr. Gerente e indaga al Sr. Leonidas para que le de claridad sobre ¿Por qué el avance es del 70% y el cumplimiento del 40%? El Sr. Leonidas responde, indicando que ese es el plan de manejo ambiental, son seis acciones de las cuales hay dos que van con cumplimiento al 2027, que es el tema de lodos y el cambio de fuente hídrica de abastecimiento. Por eso se le había dado un 40% de avance, está para cumplir en el 2027 todavía. Son 6, de los cuales hay 2 pendientes; tienen una ponderación e indica que más adelante se presenta este punto de manera detallada. El plan de mejoramiento y cumplimiento estaba solamente suscrito y se le otorgó un avance del 59%. Avances que se presentarían para mostrar su estado actual.

Proposiciones y asuntos varios: El gerente nos recuerda realizar una revisión a cada uno de los componentes para la calificación del próximo trimestre para no incurrir en errores en el avance del sistema de control interno de la empresa. Con respecto al avance del Plan de Mejoramiento Ambiental, nos propone que los dos hallazgos calificados con el 40%, referentes al manejo de plantas de tratamiento y cambio de fuente de abastecimiento, ya han avanzado y podemos subirles a un 50% de avance para el próximo seguimiento.

Quinto: Cierre de la reunión. Siendo las 2:30 de la tarde, se da por terminada la reunión.

El Sr. Vasco somete a consideración el acta correspondiente a la reunión del Comité Institucional de Control Interno, No. 003 del 24 de julio del 2025, y pregunta a los presentes si ¿Hay alguna observación? Contestando los asistentes que No tienen ninguna observación, quedando así aprobada dicha acta de manera unánime. Se continúa con el orden del día.

**3. Temas a tratar. Trece (13) temas relacionados y enviados con antelación dentro de la convocatoria.**

Primero, resultados obtenidos a partir de la verificación y evaluación permanente realizada al Sistema de Control Interno: Para este tercer trimestre se hace el seguimiento al estado del sistema.

El Sr. Leonidas, presenta un formato e indica que es el formato con el que se ha venido trabajando del DAFP. En el acta anterior se había sugerido que se revisara; íbamos en un 94%, pero se revisó uno a uno los ítems calificados y dicho proceso genera un porcentaje automático. En el componente de actividades de monitoreo se hizo un ajuste porque estaba sobrevalorado. Así mismo, señala que en estos ejercicios son muy importantes para que no se sobrevaloren las calificaciones dadas las experiencias que se han tenido, por ejemplo con el formato ITA (Índice de Transparencia), el cual se tuvo sobrevalorado, la Procuraduría nos hizo un seguimiento y ahora estamos haciendo ajustes; lo que realmente se debió haber hecho era no calificarlo tan alto.

El estado del Sistema de Control Interno nos dio un 87% de avance, calificado así: Ambiente de Control 100%, Evaluación del Riesgo, indica que se están cumpliendo los requerimientos y se califica con el 90%, Actividades de Control se están llevando a cabo al 100%, Información y Comunicación 93% y Actividades de Monitoreo 50%.

Se procede a verificar ¿Cómo se calificó este formato? Este es automático, aquí se hace el seguimiento y él va arrojando los porcentajes. Componente Ambiente de Control: documento interno Adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) mediante resolución 178 de 2023, se cumple. Se cuenta con el documento de Código de Ética e Integridad que formalizan los estándares de conducta, se tiene la resolución 534 de 2018, que en los Art. 1-2 y 3 contiene el Código de Integridad de la empresa. Planes, programas y proyectos de acuerdo con las normas que rigen el propósito institucional, la Misión, está contenido en el plan de gestión y resultados de la empresa, se cumple. Una Estructura organizacional formalizada por dependencias, se cuenta con ella, pero requiere un ajuste para incluir la nueva dependencia de Alumbrado Público y ajustar el organigrama. Manual de funciones, se cuenta con él pero debe ser actualizado y ajustado. La documentación o manual de procesos y procedimientos adoptados, se tiene. Vinculación de servidores públicos se realiza según marco normativo, se realiza. Procesos de inducción y capacitación y bienestar social para los servidores públicos, se cumple y este proceso de inducción está a cargo del área de RRHH y se cuenta con el plan anual. Evaluación a los servidores públicos de acuerdo con el marco normativo que le rige, sí se realiza la evaluación de desempeño institucional, se cumple. Procesos de desvinculación de servidores de acuerdo a las leyes, sí se cumple y se realiza de acuerdo al marco normativo. Mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía, se realizan de acuerdo a lo requerido por el Concejo Municipal y se transmiten en directo a la ciudadanía, lo que permite su participación. Presentación oportuna de los informes de gestión a las autoridades competentes, se cumple con la presentación de informes a dichos organismos. Este componente de ambiente de control, arrojó sí en todos los ítems, por lo que muestra un cumplimiento del 100%.

Segundo, Evaluación del Riesgo: Toda entidad debe identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales internos y externos que puedan afectar los objetivos institucionales.

Se hace un paréntesis y se indaga sobre la evaluación de desempeño de funcionarios públicos, dado que actualmente se están realizando ajustes a este punto y se está en la etapa de ajuste final. Aquí el Sr. Leonidas indica que si se hacen calificaciones bajas a este punto y a los demás, no infiere en el proceso, ya que esto sería una posibilidad de mejora y así mismo indica que se puede poner -en proceso- en este caso. En este punto el Sr. Gerente acota que la empresa no cuenta con servidores públicos en carrera administrativa objeto de evaluación, por ello no aplicaría este ítem, y específicamente indica que, respecto a este apartado, Empocabal cuenta con trabajadores oficiales, quienes no son evaluados, y con funcionarios de nivel directivo de libre nombramiento y remoción a quienes sí se les evalúa su gestión, mediante planes o acuerdos de desempeño desde cada dirección, a partir de los cuales se toman los componentes del plan estratégico que cada director tiene, se incorporan, se les hace seguimiento y se evalúan. Evaluación que sí se ha realizado calificando la gestión de cada director y se hace anualmente a todos los directivos.

Interviene el Sr. Leonidas y expresa que ante lo indicado por el Sr. Gerente, se deben concertar unos objetivos con cada uno de los directivos para lo expuesto. Sobre esta propuesta, el Sr. Vasco le indica al Sr. Leonidas que dichos objetivos están trazados, que actualmente existen dentro del plan de evaluación de directivos, y existen los formatos de calificación y seguimiento que se han diligenciado para dicha evaluación, le indaga al Sr. Leonidas que si no los ha revisado o no los conoce, ya que se ha hecho la evaluación y asimismo, reitera nuevamente que de acuerdo a la norma y a la Ley de Empleo Público, Empocabal no tiene funcionarios para calificar porque no hay funcionarios de carrera, los trabajadores oficiales no son objeto de evaluación por la forma de vinculación, y los empleados públicos objeto de calificación son los de carrera administrativa y tampoco se cuenta con esta figura, y los directivos se califican a través de planes de desempeño, y lo que se debe revisar es si sí se está realizando la evaluación de los planes de desempeño, porque no hay calificación de funcionarios de carrera. A partir de esto, el Sr. Vasco, indica que el paso a seguir es desarrollar las evaluaciones de desempeño, determinar la fecha en la que estamos e indicar que la evaluación de desempeño para el tercer trimestre de 2025 está en proceso.

Le indica el Sr. Gerente al Director de RRHH, el Sr. Montes, que se debe revisar el decreto 1083 de 2015 modificado por un Decreto de 2019, para la calificación de directivos. El Sr. Montes señala que se está trabajando con el área de Calidad en ese documento ajustándolo a los requerimientos de la empresa con temas de carrera administrativa para la evaluación con base en el decreto anteriormente citado. El Sr.

Gerente le indica que en ese caso se debe hacer la evaluación de la vigencia actual enfocándose solo en evaluación de directivos con planes de desempeño, no en carrera administrativa, se debe dejar listo el documento lo más pronto posible para implementarlo y calificar el desempeño directivo de la vigencia actual porque si no, al cierre de la vigencia, queda afectado el indicador.

Retoma la palabra el Sr. Leonidas y continúa con el Tercer ítem: Identificación de cambios en el entorno que puedan afectar la gestión: se indica que el Comité Institucional (Junta de Gerencia), se identifican las posibles dificultades en cada uno de los diferentes procesos en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y se hacen las respectivas correcciones. Identificación de aquellos aspectos que condicionen su gestión institucional: Mapa de Riesgo institucional, se cumple. Identificación de los riesgos ante posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones: Plan de Transparencia y Ética Pública (antes Anticorrupción), adoptado mediante resolución 040 del 30 de enero de 2025. Si su capacidad de infraestructura lo permite, identificar el riesgo asociado a las tecnologías de la información y las comunicaciones: Riesgos asociados a TIC, están identificados en el área de sistemas.

En este punto el Sr. Gerente indaga al Coordinador de sistemas, el Sr. Castañeda si dichos riesgos está documentados, respondiendo que no lo están. El Sr. Vasco ordena que hay que documentarlos y solicita que ese aspecto quede indicado que está "en proceso" para documentarlos en un documento técnico puntual y aprobarlo en comité para tener la evidencia. Se puede incluir el componente dentro de la matriz de riesgos generales y anexarla.

Cuarto componente: Actividades de monitoreo: El jefe de Control Interno ha evidenciado si la entidad define espacios de reunión. El mapa de riesgo se socializa y discute. Cada líder toma acciones. Ante auditorías externas se suscriben planes de mejoramiento. Tenemos debilidad en las auditorías internas en este momento porque están en desarrollo; aspiramos a cumplirlas el próximo mes. Quinto componente, Actividades de Control: Diseño de controles para tratar problemas identificados. Plan de Transparencia adoptado el 30 de enero, hay que hacerle seguimiento inmediato. Mecanismos de verificación de mitigación de riesgos: se contempla en la revisión del mapa de riesgos. En la parte de riesgos de sistemas, falta documentar temas como licenciamiento de software, vulnerabilidad de información y desconocimiento en el uso de herramientas. Hay que dejar la trazabilidad.

Componente 6, Información y Comunicación: Responsables de la información: el área de sistemas y el equipo de comunicaciones. Sistemas es responsable de la integridad y salvaguarda, pero la generación y veracidad de la información es responsabilidad de cada área. Canales de comunicación con ciudadanos y

reportes a organismos de control, se tienen. Lineamientos para información reservada: se tiene la política, pero hay que revisarla con Jurídica por las jurisprudencias recientes, especialmente en temas contractuales. Informes a órganos de control: se vienen ajustando los plazos internos para responder oportunamente. Infraestructura tecnológica: se cambiaron equipos, se implementó Directorio Activo, servidor de copias de seguridad y se actualizó el Firewall. El sistema SAIA está funcional y el tema de PQR mejoró mucho.

Componente 7, Actividades de Monitoreo: Las entidades deben valorar la eficiencia de su gestión. Mecanismos de evaluación: Plan de Gestión de Resultados y planes de acción. Falta el seguimiento porque los periodos son diferentes. El gerente aclara que una cosa es la evaluación del cumplimiento y otra son las herramientas de monitoreo. El Sr. Gerente le indica y aclara al Sr. Leonidas que las preguntas acerca de las actividades de monitoreo hacen referencia a si él, como asesor de control interno ha logrado identificar los problemas que se presentan en el desarrollo de los componentes misionales de la empresa, e indica que es lo que se debe realizar y si se han podido corregir correctamente, pero no se ha tenido respuesta.

Hay que documentar esos informes y seguimientos. Sobre las auditorías internas: al tercer trimestre no hay ninguna en firme, están en desarrollo. Se explica que la auditoría interna es un proceso formal (instalación, objetivos, informe preliminar, contradicción, informe final y plan de mejora).

Se insta por parte de la gerencia al jefe de control interno para que dé prioridad a la ejecución del plan de auditorías y a la totalidad de las obligaciones contenidas en al Ley 87 de 1993, considerando que la vigencia anterior se presentaron graves falencias y durante la presente queda poco tiempo ara tal fin, ello, a pesar de los requerimientos reiterados en los diferentes comités.

Sobre el mecanismo para supervisar el sistema: se cuenta con la Guía de Auditoría Interna (resolución tal) y seguimientos en Comité Institucional. Hay que modificar la respuesta para decir que sí se cuenta con el mecanismo, aunque la ejecución esté en curso. Medidas correctivas: se realizan planes de mejoramiento derivados de auditorías externas e internas. Participación en el Comité Municipal de Auditoría: la entidad hace parte pero no ha sido convocada por la Alcaldía en esta vigencia. Gestión de puntos críticos: se identifican puntos de control en el mapa de riesgos.

El Sr. Gerente reitera al Sr. Leonidas que las preguntas de monitoreo no evalúan a la oficina de Control Interno, sino al autocontrol de las dependencias. Si un área tiene un problema (ejemplo: no pago de incapacidades o errores en declaraciones a la DIAN), la pregunta es si los controles de esa dependencia que se hacen desde su área de control interno, funcionaron para evitar el riesgo o si hubo lecciones aprendidas.



## ACTA DE REUNIÓN

**Código: PAE-10-01-R02**

**Versión: 03**

**Fecha: 29/04/2022**

**Página 10 de  
12**

Como no se han finiquitado las auditorías, no tenemos evidencias documentadas de esa efectividad en este trimestre, si no se tienen documentados o evidenciados en los procesos de seguimiento realizadas mediante las auditorías, las falencias o correcciones que se deben hacer desde cada una de las dependencias para disminuir el riesgo que afecta el cumplimiento de los objetivos y metas, no se puede obtener las herramientas ni la trazabilidad de los procesos para controlar los puntos críticos, concretar acciones y estrategias de mitigación. Por tanto, se tendría que calificar "no" o "en proceso" todos los puntos a auditar de la ejecución de las acciones para ser reales, pero desde todas las dependencias sí se realizan los debidos procesos, por ello la importancia de la evidencia en las auditorías. Actividades de monitoreo queda en 40% y el consolidado general de la empresa en un 84%.

El Sr. Leonidas, aborda el Informe trimestral de austeridad (enero-marzo 2025 vs 2024). Publicidad, papelería, viáticos y servicios públicos: en 2024 fueron 40 millones y en 2025 son 65 millones. Diferencia de 24 millones en servicios públicos. El Sr. Gerente aclara este punto que no es falta de austeridad, sino que se contrataron servicios con la empresa de energía para la planta de condensadores y normalización del servicio. Se están pagando vía factura. El banco de condensadores se instaló porque nos estaban penalizando y la factura casi se triplicaba. Ahora se ahorra esa penalización. También influye el aumento de la tarifa por kilovatio. Se pide a financiera que discrimine estos ítems (consumo, sanción, normalización) para mostrar los ahorros reales. Por último, se revisan los ítems de nómina (horas extras, recargos, incapacidades) comparando ambos periodos.

#### 4. Propositiones y asuntos varios

<b>Responsable</b>	<b>Tarea Específica</b>
<b>Sistemas / Jurídica</b>	Documentar riesgos TIC y revisar política de información reservada según nuevas leyes.
<b>Control Interno</b>	Finalizar y cerrar las auditorías internas para subir el indicador de Monitoreo.
<b>Líderes de Proceso</b>	Apropiarse de los resultados del FURAG para aplicar mejoras específicas en cada área.



## ACTA DE REUNIÓN

Código: PAE-10-01-R02

Versión: 03

Fecha: 29/04/2022

Página 11 de  
12

### Financiera

Presentar análisis de ahorro real obtenido tras la inversión en el banco de condensadores.

### Dirección Administrativa

Actualizar el manual de funciones incluyendo la nueva área de Alumbrado Público.

### 5. Clausura de la reunión

No habiéndose presentado proposiciones adicionales, se da por concluida la reunión a las 10:05 a.m.

### IV. PLAN DE ACCIÓN.

### V. FECHA PRÓXIMA REUNIÓN.

ACTIVIDAD	EJECUCION	RESPONSABLES

28

DIA

11

MES

2025

AÑO

### VI. REVISÓ Y APROBÓ LA PRESENTE ACTA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ACTA DE REUNIÓN

Código: PAE-10-01-R02

Versión: 03

Fecha: 29/04/2022

Página 12 de  
12

VII. ELABORÓ.

OSCARJAVIER VASCO GIL



INFORMACIÓN DOCUMENTADA DE ASISTENCIA

Código: PAE-20-02-R06

Versión 03

Fecha: 22/04/2022

Página 1 de 1

Fecha	28/11/25	Reunión	Junta	Pausa Activa	Instrucción	Otro
		Charla de Seguridad		Comité	X	Hora de Inicio

Duración: 1h/30 Lugar: Auditorio

Actividad a desarrollar: Comité Institucional de Control Interno

Objetivo: Seguimiento tareas trimestre. S.C. 15. y demás aspectos del orden del día

Nº	CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	28.615-892	Oscar J. Vasquez	Gerente	[Firma]
2	1.093.220.695	Luis Felipe Toro Lopez	Director Aseo y Calidad	[Firma]
3	1.088.347.188	Manuela Garcia Garcia	Dir. Alumbrado	[Firma]
4	1093227020	Jhonatan Morales Henao	Tec PPTAL	[Firma]
5	1093221010	Juan David Carmona	Dir. Financiero	[Firma]
6	1093223188	Natalia Bertran V.	jefe de oficina	[Firma]
7	1003 226536.	Mª Fda Lidona Cabarcas	Dir. Comercial	[Firma]
8	18613543	John Castañeda Reinos	Coord Sistemas	[Firma]
9	18594540	Concepcion Albarran	Dir. de Humano	[Firma]
10	18.616.755	Pae Alejandro Robas	Coord. Contratos	[Firma]
11	10121833	Juan Pasado	Asesor Administrativo	[Firma]
12	18592976	Juan Marbry	Almacenista	[Firma]
13	1093219862	Paula Andrea Diaz Calle	Dir. Planta Tratam.	[Firma]
14	33.967.660.	Mª YULIANA GIRALDO	Dir. A y A.	[Firma]
15	18594085	Leonidas Gonzalez R.	Asesor Control Interno	[Firma]
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Observaciones: