

**Rad #:** 2023-100- 813-2

Santiago de Cali, marzo 6 de 2023

Ingeniera

**PAOLA ANDREA ZABALA**

Directora de Control Interno

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR DEL VALLE LTDA.**

**Asunto:** Respuesta a su oficio No. 2023-800-433-2 de febrero 3 de 2023.

Cordial saludo,

En atención al asunto de la referencia mediante el cual usted da respuesta al oficio No. 2023-100-428-2 “SOLICITUD INFORMACIÓN Y EVIDENCIAS DE CARÁCTER INMEDIATO” se hace necesario pronunciarnos en los siguientes términos, así:

1. Respecto al párrafo donde estipula lo siguiente ***“El 31 de enero de 2023, se realizó reunión con usted y su equipo directivo como son: Directora Desarrollo Humano, Directora Jurídica, Director Operativo, Director Comercial, Director de Tecnología y Líder de Planeación, en el cual indica que mis informes son SUBJETIVOS, y pide evidencias de los soportes de las debilidades, solicitando metodologías, encuestas, entre otros.”***

**Respuesta:** En la reunión de socialización del informe semestral de evaluación estado del control interno Julio – Diciembre 2022 y consolidado 2022, se solicitaron las evidencias de las “debilidades” registradas, evidencias que son necesarias para llegar a las conclusiones que quedaron contenidas en dicho informe, ya que de acuerdo con lo informado por usted, en la identificación de fortalezas y debilidades solo participo una persona (no se utilizaron grupos focales, equipos de auditoría, encuestas a empleados, entrevista con expertos y responsables, etc.) y muchas de estas derivaron de percepciones, lo que ratifica el carácter subjetivo de esta evaluación.

Ahora bien, la anterior solicitud se fundamenta en el Concepto No. 551511 del 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública, que establece lo siguiente:

***“Para esta publicación, es importante mencionar que, los informes deberán contener conclusiones generales sobre la gestión de la***

*entidad, en relación a la auditoría interna realizada, evitando publicar datos que contengan un carácter sensible de usuarios de la entidad. **No obstante, internamente dentro de las entidades u organismos deberá dejarse en evidencia los informes que arrojó la auditoría, donde se soportarán las conclusiones publicadas; que en caso de ser requeridas por los organismos de control u otra parte interesada se encuentren debidamente sustentados para que se haga una respuesta oportuna.***

Estas evidencias son importantes, máxime cuando estos informes que se publican cuentan con un valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales que se pudieren adelantar por los entes que así lo dispongan.

2. Respecto al párrafo donde estipula lo siguiente **“Al final de la citada reunión indico que las evidencias se registraron en el archivo en Excel enviado para revisión de todos los directivos y a usted desde el 11 de enero de 2023, y solo hasta el 31 de enero de 2023 (fecha en la cual se debía publicar el informe) se citó de su parte para la revisión de este a las 3:00 pm, con una duración de esta de 38 minutos.”**

**Respuesta:** Se precisa que, en el archivo de Excel enviado por usted, no se encuentran las evidencias, tan solo se registran comentarios. Como se dijo anteriormente, estas evidencias deberían haber estado como antecedente para proceder a la publicación del informe semestral de evaluación estado del control interno Julio – Diciembre 2022 y consolidado 2022, o por lo menos tener plena certeza de contar con ellas para determinar que existe una debilidad. Por lo anterior se concluye que por parte de la Dirección de Control Interno no se tuvo en cuenta el Concepto No. 551511 del 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

3. Respecto al párrafo que estipula lo siguiente **“A pesar, del evidente acorralamiento realizado por usted y otros miembros de su equipo, la suscrita se comprometió a remitir el 31 de enero de 2023 antes de las 5:00 pm, de manera sintetizada las evidencias de las debilidades.”**

**Respuesta:** La solicitud de evidencias hacen parte del derecho a la información pública, derecho que permite ejercer otros derechos.

Se precisa que el titular del derecho a acceder a la información pública es toda persona, sin exigir ninguna cualificación o interés particular para que se entienda que tiene derecho a solicitar y a recibir dicha información de conformidad con las reglas que establece la Constitución Política de

Colombia. Esta disposición se ajusta a los parámetros constitucionales del derecho de petición, de información y del libre acceso a los documentos públicos, a los principios de la función pública, que consagran los artículos 20, 23, 74 y 209 de la Constitución Política de Colombia.

En ese orden de ideas, todos los directivos y la gerencia son titulares del derecho a acceder a la información pública.

Sin embargo, a pesar de que usted manifiesta se comprometió a enviar las evidencias del documento estas nunca llegaron. Lo anterior se pudo corroborar al revisar el contenido del mismo.

Cabe resaltar que, en ningún momento se le solicitó modificación alguna del informe. No obstante, al revisar el documento publicado en la página web de la entidad no coincide con el que ya había sido enviado por usted hacia esta gerencia a mi cargo y a los directivos, es decir que se surtieron modificaciones las cuales desconocimos al momento de su publicación.

4. Respecto al párrafo que estipula lo siguiente **“En cumplimiento de dicho compromiso se envió a través de correo electrónico lo indicado, a las 5:13 pm, como se observa:”**

**Respuesta:**

Componente	¿El componente está presente y funcionando ?	Nivel de Cumplimiento componente	Fortalezas	Debilidades	Evidencias Debilidades	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	OBSERVACIÓN POR PARTE DE LA GERENCIA Y DIRECCIONES
Ambiente de control	Si	60%	<b>Fortalezas:</b>  1. Se encuentran institucionalizado diferentes comités como son: Gerencia, control interno, gestión y desempeño, financiero, entre otros, en los cuales participan la Gerencia, planeación y las direcciones de la entidad.  2. Se encuentran establecidas políticas.  3. Se desarrollo la evaluación del FURAG de manera integrada.			60%	Sin observaciones.

			1	Baja apropiación código de integridad.	No se cuenta con evidencia como encuesta de percepción, esta debilidad se fundamenta en los mecanismos utilizados dado que, se evidencian socializaciones, pero no medición de la interiorización del código de integridad.	La apropiación de los valores éticos contenidos en el código de integridad se pueden constatar, toda vez que durante el periodo evaluado no se presentaron denuncias por actos de corrupción. Adicional a ello, como parte del ejercicio de apropiación se realizan socializaciones.
			2	Manejo de conflicto de intereses no es globalizado para todos los procesos de la entidad.	1. El instructivo IT-GH-01 "FORMACIÓN EN EL CARGO", tiene como objetivo Establecer las directrices para la formación en el cargo de los funcionarios del Organismo de Inspección (OI), en el cual se establece el conflicto de interés para realización de RTM a vehículos del personal del CDAV o familiares. 2. Se cuenta con formato FO-GH-12 "Conflicto de interés", en el cual, se registran los conflictos y acciones tomadas. 3. Se elaboró el código ética del auditor interno, en el cual se maneja el tema de conflicto de interés, se encuentra pendiente de aprobación por parte del CICC. 4. No se tiene establecido otro mecanismo de control para el manejo de los conflictos de interés dentro de la entidad.	Se concluye que la afirmación de la baja apropiación dada por la Dirección de Control Interno, es subjetiva pues no existe una métrica que evidencie dicha medición.  En virtud de lo anterior, el CDAV LTDA., cumple con lo establecido en la normatividad.
			3	Es necesario que el CICC sea visto y apropiado como un nivel de alta dirección para toma de decisiones.	En las actas de comité primario no se presentan temas adicionales a los expuestos por la dirección de control interno, adicionalmente, las dos últimas actas de CICC no han sido firmadas por los miembros.	Precisamente dentro de las evidencias presentadas por la Dirección de Control Interno se aportan los formatos para el manejo de conflicto de intereses, lo que desvirtúa la debilidad. El afirmar que no es globalizado es un criterio subjetivo máxime cuando la misma auditoría interna indica que si existe un código de ética tomando este tema como fundamental. Por otro lado, importa precisar, que no existe norma que exija otros mecanismos para el manejo del conflicto de intereses.  El CICC se encuentra al más alto nivel de dirección, esto se evidencia en su conformación, encontrándose la Gerencia y todos los directores de proceso. Así las cosas, las decisiones que se toman en el comité están al más alto nivel.

						<p>Ahora bien, teniendo en cuenta que en las actas a las cuales se hace referencia fueron elaboradas por la Dirección de Control Interno, pero que dichas no se firmaron en razón a inconsistencias e imprecisiones en su contenido, no es una carga atribuible a los miembros del comité, por el contrario lo que se refleja es una debilidad por parte de la Dirección de Control Interno, considerando que no tuvo en cuenta las observaciones que de manera respetuosa y debidamente sustentadas fueron puestas a su conocimiento. De lo anterior, si se tienen las respectivas evidencias contenidas en correos electrónicos, actas y grabaciones, donde se le solicitó realizar los respectivos ajustes, los cuales se reitera no fueron tenidos en cuenta, siendo esto una debilidad por parte la Dirección de Control Interno.</p>
	4		Es importante la alineación de los diferentes comités para trazabilidad y toma de decisiones.	Se eliminará		<p>Revisado el informe que se envía se registra las palabras "Se eliminará". Sin embargo, al revisar el informe publicado en la página web, este permanece con la debilidad. En las evidencias solicitadas se logró constatar que esta debilidad no contiene un sustento para concluir que "Es importante la alineación de los diferentes comités para trazabilidad y toma de decisiones."</p> <p>Ahora bien, es impreciso manifestar que no existe alineación de los diferentes comités para toma de decisiones, pues por el contrario, de manera responsable y atendiendo el deber legal que le asiste no solo a la Gerencia sino a cada una de las direcciones, estas se toman con fundamento en lo técnico, jurídico, administrativo y financiero, de acuerdo al caso que se requiera. De lo anterior, si se tienen las respectivas</p>

							evidencias contenidas en actas y grabaciones, entre otros.
							En conclusión, la Dirección de Control Interno no cuenta con los elementos probatorios para haber reportado este componente como una debilidad.
	5		El procedimiento de selección de personal presentó debilidades en su estricto cumplimiento, sin embargo, a partir del mes de agosto de 2022 se han realizado dos convocatorias internas para el cubrimiento de vacantes dentro de la entidad.	1. Esta situación fue presentada en el informe anterior del ESTADO DE CONTROL INTERNO, y evaluado en auditoría interna. 2. El procedimiento IT-GH-08, debió ser actualizado en el año 2022, sin embargo, a la fecha 31/12/2022 no se llevó a cabo esta. Esto se presentó también en el seguimiento al Plan Anticorrupción con corte a 31/12/2022. 3. Es importante resaltar, que a partir del mes de agosto de 2022, se han realizado dos convocatoria internas para el cubrimiento de vacantes dentro de la entidad.			Desde la Dirección de Desarrollo Humano se han realizado diferentes observaciones al procedimiento, con el fin de ajustarlo. Actualmente este se encuentra en proceso de cambio, no queriendo decir por tal razón dicho procedimiento presenta debilidades.
	6		Baja apropiación de líneas de defensa.	1. En el primer comité de control interno, se hizo ilustración sobre la importancia de las líneas de defensa. 2. En actividad de fomento llevada a cabo por la Dirección de Control Interno, se sensibilizó sobre la importancia de las líneas de defensa en la Administración del Riesgo, a 72 funcionarios de planta de 112. 3. No se observa una apropiación del concepto de líneas de defensa.			La apropiación de las líneas de defensa debe evaluarse objetivamente y esto es a partir del desempeño del sistema de gestión de la entidad. El desempeño puede evidenciarse en el acta de revisión por la dirección donde se consolida el cumplimiento de los indicadores de gestión, indicadores estratégicos y los resultados de las auditorias de entes de control, entes certificadores y organismos de acreditación, lo cual ha arrojado resultados significativamente satisfactorios, superando incluso vigencias anteriores.

Evaluación de riesgos	Si	62%	<b>Fortalezas</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuenta con matriz de riesgos en el sistema SGI.</li> <li>2. Se realiza revisión y actualización de los riesgos de manera semestral por parte de los procesos en compañía de planeación.</li> <li>3. Política y procedimientos para la administración de riesgos.</li> <li>4. Seguimiento actividades planteadas sobre riesgos por parte de control interno</li> </ol>			68%	Sin observaciones.
		1		Los riesgos son manejados por procesos, lo que permite control dentro de estos, sin embargo, es necesario realizar un análisis transversal para ver su impacto como entidad.	Matriz de riesgos		<p>Es impreciso manifestar que "es necesario realizar un análisis transversal para ver su impacto como entidad", pues por el contrario se realizó un análisis transversal de los riesgos en conjunto con cada proceso, el resultado final fue entregado y puesto en conocimiento de la Dirección de Control Interno quien no realizó observaciones al respecto, entendiéndose entonces que su resultado fue satisfactorio.</p> <p>El análisis arrojó que la identificación de los riesgos se realiza a partir del conocimiento que tienen los funcionarios del proceso al que pertenecen, de lecciones aprendidas y de la gestión del cambio; determinar que dicha identificación o valoración no es adecuada aun cuando se da cumplimiento a la metodología de administración de riesgos del DAFP, es poner en tela de juicio la experticia de los integrantes de los procesos, conocimiento este que no podrá compararse con el que puedan llegar a adquirir los funcionarios de un proceso de evaluación y seguimiento.</p> <p>Por otra parte, el área de planeación acompaña la implementación de la metodología de identificación de riesgos de todos los procesos y siempre se invita a la Dirección de Control</p>


						<p>Interno para que den sus aportes (de lo anterior se tienen las respectivas evidencias), sin embargo, desafortunadamente a pesar de las múltiples invitaciones, a que por parte de dicha dirección se brinde un acompañamiento no se ha contado con este en la vigencia 2022.</p> <p>Lo ideal sería que en su rol preventivo antes de tener el proceso debidamente estructurado por parte de los líderes existiera un pronunciamiento y acompañamiento de la Dirección de Control Interno con el fin de que se hicieran observaciones al respecto, más no por el contrario cuando ya se tenga finalizado un proceso.</p>
		2		Los riesgos de corrupción no son identificados de manera global, para ver su comportamiento transversalmente como entidad.	Matriz de riesgos	<p>Los riesgos de corrupción se analizan aún con más detalle que de forma "global". Se analizan por proceso a fin de determinar controles y acciones (si aplica), con el objetivo de evitar prácticas corruptas y fomentar en los colaboradores la apropiación de los valores éticos del servidor público. Como evidencia de ello se tiene que no existen denuncias de actos de corrupción sobre servicios que presta el CDAV LTDA.</p>
		3		La materialización de los riesgos es revisada de manera semestral, sin embargo, es necesario una interiorización de la administración del riesgo para que su tratamiento se permanente.	Matriz de riesgos	<p>La revisión de la materialización de los riesgos es semestral, pero no debe omitirse el hecho de que la revisión de los riesgos se realiza mensual, incluso desde la Dirección de Control Interno, y a través del indicador de gestión que tiene a cargo el proceso de gestión gerencial.</p> <p>Por lo anterior, es impreciso decir que su tratamiento no es permanente.</p>
		4		No se observan lineamiento en la matriz de riesgos para los servicios que prestan terceros (aliados estratégicos).	Matriz de riesgos	<p>Se hace necesario que sea revisada nuevamente la matriz de riesgos de los procesos misionales donde convergen aquellos aliados estratégicos para</p>



							que pueda evidenciarse que estos sí hacen parte del análisis.
Actividades de control	Si	67%	<b>Fortalezas</b> <p>1. Se realiza por parte de los procesos en compañía de planeación revisión y actualización de los riesgos.</p> <p>2. La dirección de control interno y planeación realizan seguimiento a las acciones diseñadas para la administración del riesgo, sin embargo, es necesario potencializar el uso de controles.</p> <p>3. Se inició una primera etapa para el análisis de costos ABC, la segunda etapa debe se desarrollará en el año 2023.</p>			67%	Sin observaciones.
			1	No se ha realizado un análisis sobre carga laboral, entre otros, que permitan una valoración sobre segregación adecuada de funciones.	No hay evidencia sobre análisis de carga laboral		No existe regulación normativa en materia laboral que obligue a la entidad a que en un tiempo determinado este obligada a realizar un análisis de carga laboral, más aun cuando no se ha presentado requerimiento ante la Dirección de Desarrollo Humano por parte de los funcionarios del CDAV LTDA., en donde avoquen inconformidades en las funciones asignadas o la carga laboral.
			2	No se ha evidenciado por parte de la dirección de control interno, que los riesgos sean actualizados con las regulaciones, estructura interna u otros cambios.	Matriz de riesgos		No existe un lineamiento o metodología que estipule que como entrada para la valoración de los riesgos se deba tener como insumo la estructura interna, en cambio se puede evidenciar que en el caso de los cambios existe una metodología que exige la valoración de los riesgos a partir de los cambios que se presenten en la entidad. Respecto a los riesgos con las regulaciones, se hace necesario que se analice a profundidad por parte del proceso de control interno, el hecho de que se cuenta con un normograma y un área encargada de su seguimiento, lo cual minimiza una posible materialización de un riesgo asociado al no cumplimiento legal; adicional a ello se tiene que en los procesos existen riesgos asociados al cumplimiento legal.

							Razón por la cual, es equivoco decir que no exista una actualización de los riesgos de acuerdo con las regulaciones, estructura interna u otros cambios.
		3		En el año 2022 se actualizaron algunos procedimientos, políticas, entre otros, sin embargo, importante la revisión de todos los documentos.	SIG		Es importante mencionar que la revisión documental se realiza una vez cada dos años, y una vez cada año para los procesos misionales, o cada vez que el proceso requiera realizar actualizaciones, con esto se tiene que no es cierto afirmar que no se realiza una revisión de todos los documentos y esto puede ser corroborado en el aplicativo del sistema de gestión. Es tan permanente la revisión de los documentos desde la oficina de planeación que se han hecho observaciones incluso a la Dirección de Control Interno por documentos que han sido eliminados, a pesar de que daban respuesta a normas aplicables a la entidad. De hecho, las observaciones realizadas por el área de planeación hacia la Dirección de Control Interno no fueron tenidas en cuenta, y de todas maneras se eliminaron documentos que como ya se dijo obedecen a cumplimientos normativos de la entidad.
Información y comunicación	Si	57%	<b>Fortalezas</b>  1. La entidad cuenta con diferentes sistemas de información en el cual se capturan y procesan datos, tales como: SIESA (sistema financiero), GFILES (sistema de gestión documental), SGI (sistema integrado de gestión), entre otros, los cuales sirven de apoyo para la toma de decisiones  3. Desde la dirección de tecnología se tienen diferentes controles sobre seguridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos, se cuenta con ONEGATE el cual realiza análisis de seguridad para el ingreso a los aplicativos del CDAV que se encuentran en la nube			57%	Sin observaciones.
				No se han evidenciado por parte de la dirección	No se ha evidenciado el mecanismo		Es impreciso manifestar que el CDAV LTDA no cuenta con canales de

			de control interno canales de comunicación internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares.		comunicación internos y externos, pues inclusive cuenta con canales de comunicación y solución para la atención de denuncias anónimas de posibles situaciones irregulares. Así mismo se cuenta con el área de Control Interno Disciplinario en cabeza de la Dirección de Desarrollo Humano, la cual tiene dentro de sus funciones "Gestionar el proceso disciplinario de la entidad, enmarcado en la transparencia, equidad y las normas legales vigentes, fungiendo como operador disciplinario".
			A través de GFILES el sistema de gestión documental se maneja el ingreso de información por parte de externos, para atención de las comunicaciones. Sin embargo, no es el único aplicativo también se utiliza el VIRTUAL TICKET para PQRS.	Informes de PQRSDA y Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción, aplicativo GFILES	El CDAV LTDA., cuenta con dos herramientas tecnológicas que cumplen y satisfacen la recepción y direccionamiento de todos los PQRSDA recibidos, teniendo como resultado la atención oportuna de los mismos por las diferentes direcciones hasta la fecha.  Ahora bien, como muestran los indicadores y los resultados el grado de atención a las PQRSDA hoy presenta un resultado positivo, lo cual se ve reflejado en el bajo impeto de acciones de tutelas por parte de los usuarios que acceden a nuestros servicios, y que este sería el mecanismo por medio del cual se buscaría la garantía de algún derecho fundamental o trámite.  Por lo anterior, se considera que esto no debería plantearse como una debilidad.
			No se realiza seguimiento a través del comité de gestión y desempeño al plan de comunicaciones de la entidad.	No se evidencia seguimiento	El seguimiento al plan de comunicaciones de la entidad se realiza a nivel interno a través de la Dirección de Desarrollo. Sin embargo, se tendrá en cuenta esta observación para incluirlo en el comité de gestión institucional y desempeño para su seguimiento.
			La página web se encuentra desactualizada.	Página desactualizada	En a vigencia 2022 se detectaron unas desactualizaciones

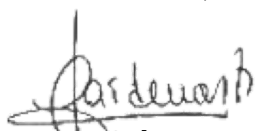
							<p>puntuales, razón por la cual se buscó el fortalecimiento de la dirección de TIC'S con un profesional dedicado a la administración de la página WEB.</p>
				Se realizó levantamiento de datos abiertos, pero estos no han sido aplicados.	Se realizó un primer inventario para la aplicación de los datos abiertos, sin embargo, todavía no se tiene un registro de datos abiertos en la página web ni en el portal de datos abiertos.		<p>El plan de datos abiertos esta publicado en el siguiente enlace <a href="https://www.datos.gov.co/transporte/registro-activos-de-informacion/hj87-stkj">https://www.datos.gov.co/transporte/registro-activos-de-informacion/hj87-stkj</a> desde la fecha 15 de julio 2022</p>  <p>Todas las evidencias se subieron al SIG, las cuales fueron validadas precisamente por la Dirección de Control Interno.</p>
Monitoreo	Si	89%	<p><b>Fortalezas</b></p> <p>1. Se elaboró el procedimiento de Plan Anual de Auditoría basado en riesgos y se actualizó el procedimiento de auditoría interna.</p> <p>2. Se realiza seguimiento a los indicadores de gestión a través del comité de gerencia mensualmente.</p>			82%	<p><b>Sin observaciones.</b></p>
				Las deficiencias encontradas por los líderes de proceso impacten el sistema de Control interno, no son presentadas en los Comités de Control Interno.	No se ha evidenciado en el Comité de Control Interno el tratamiento de deficiencias encontradas por parte de los líderes que puedan afectar el SCI		<p>La responsabilidad de estructurar y someter a consideración el orden del día en los comités de control interno, está a cargo del secretario del comité quien en este caso es la Directora de Control interno, dicho esto aquellas "deficiencias" demostrables que puedan existir en los líderes de proceso deben ser incluidas como un punto a tratar en el comité con sus respectivas evidencias, así las cosas si este tema no se ha analizado es porque el área que considera que existen estas "deficiencias" no las ha presentado ante el comité, mas no porque exista un impedimento desde la alta gerencia para hacerlo.</p> <p>Adicional a lo anterior, se desconoce requerimiento alguno por</p>

						parte de la Dirección de Control Interno con respecto a las deficiencias encontradas por parte de los líderes de los procesos.
			La oportunidad para la formulación de los planes de acción en virtud de las auditorías internas y externas no es la adecuada.	Los planes de mejoramiento y tratamiento de las oportunidades de mejora no son realizados de manera oportuna, es así, como con corte a 31 de diciembre todavía se encuentran no conformidades y oportunidades de mejora sin tratamiento.		Si bien es cierto, existe una debilidad en la formulación de los planes de mejoramiento, desde el comité de gerencia se ha insistido en la oportunidad del cierre de los mismos. Resultado de ello es que para diciembre 2021 cerramos con un cumplimiento del 53% (tomado de los indicadores de gestión vigencia 2021) y para el 2022 se realizó el cierre efectivo del 90,28% (1.394 de 1.594) cifra es que tomada del informe de gestión de la Dirección de Control Interno.
			No se evidencia que los informes de control interno sean tomados como fuente de información para fortalecer el seguimiento y la toma de decisiones.	No se ha observado que se registren planes o acciones referente a los informes de control interno, es así como en diferentes ocasiones se ha afirmado que son subjetivos y falta de criterio.		Los informes de control interno son tomados como fuente de información para la toma de decisiones y eso se puede evidenciar en las actas de los comités de control interno donde se establecen en presencia de la gerencia compromisos que deben ejecutarse por parte de los directores y sus equipos de trabajo, de no ser así, no se tendrían resultados positivos en los ejercicios de auditorías internas y externas, que al final es el mejor mecanismo de medición sobre el estado no solo del sistema de control interno sino del estado del sistema integrado de gestión.  Un ejemplo de ello, es el comité de conciliación y defensa judicial que ha recibido 3 informes de seguimiento por parte de la Dirección de Control Interno, con diferentes observaciones y recomendaciones, las cuales fueron revisadas y analizadas, para dar atención a las que jurídicamente eran posibles, tanto así que en el informe de seguimiento al comité de conciliación y defensa judicial de fecha 20 de enero de 2023 correspondiente al

						<p>segundo semestre de la vigencia 2022, "se consolidaron en total 21 observaciones y recomendaciones, de las cuales 18 fueron aceptadas, gestionadas y cumplidas al 100%, 1 era informativa y 2 no fueron aceptadas con argumentos jurídicos aplicables."</p> <p>Y se concluyó por parte de la Dirección de Control Interno que "Se observa buena receptividad para la atención de las observaciones y recomendaciones realizadas por la Dirección de Control Interno por parte de la Dirección Jurídica."</p> <p>Ahora bien, los informes de control interno representan una fuente importante para la toma de decisiones en cuanto a plan de mejoramiento que respondan a oportunidades de mejora, hallazgos y aspectos relevantes. Si las dinámicas organizacionales no corresponden al ejercicio antes mencionado no hubiese sido posible darle cierre efectivo a los planes de acción.</p> <p>De lo anterior, se cuenta con las respectivas evidencias las cuales se podrán corroborar con los planes que por cada una de las áreas involucradas se han presentado no solo ante la Dirección de Control Interno sino ante su equipo de trabajo.</p> <p>Los informes de control interno se tienen en cuenta como plan de mejora continua, lo evidenciamos en el cierre de todas las no conformidades que fueron tratadas y cerradas por la misma dirección las cuales fueron subidas al aplicativo del SIG.</p> <p>Razón por la cual no es aceptable decir que la entidad no toma como</p>
--	--	--	--	--	--	---

						fuelle de informaci3n para fortalecer el seguimiento y la toma de decisiones los informes de control interno.
			Diferentes aplicativos para el recibo de PQRSDA, lo cual no permiten contar con 3nico radicado 3nico, y as3 garantizar la consulta de los usuarios del estado de sus PQRSDA.	Se tienen diferentes aplicativos para manejo de las PQRSDA lo cual dificulta su control y seguimiento.		Actualmente la Direcci3n de TIC'S lidera el estudio y viabilidad que busca integrar en una sola herramienta (GFILE) la recepci3n y procesamiento de los PQRSDA".
			Falta considerar sistema de control interno como un todo y no una funci3n de la direcci3n de control interno.			El sistema de control interno hace parte del Modelo Integrado de Planeaci3n y gesti3n – MIPG, y adicionalmente se desarrolla de manera transversal a los diferentes procesos dentro del desarrollo de las auditorias de gesti3n y control. De evidenciarse que el sistema de control interno no es visualizado como un todo en la organizaci3n, la misma Direcci3n de Control Interno debe fomentar el fortalecimiento de dicho sistema.  En el 3ltimo informe de auditor3a por parte de la Contralor3a General de Santiago de Cali no se evidenciaron debilidades en la implementaci3n del sistema de control interno en el CDAV LTDA.

Atentamente,



**JAIME CÁRDENAS TOB3N**

Gerente

**Proyecto:** Antonio Cer3n Torres – Director Operativo

Benur Antonio Gonzalez Guzm3n – Director Comercial

Belsy Mabel Montaña Herrera – Directora de Desarrollo Humano

Carolina Serna Caicedo – Directora Administrativa y Financiera

Emerson Vela Londoño – Director de Tecnolog3a y Sistemas de la Informaci3n

Pamela Bioj3 Bejarano – Directora Jur3dica

Melissa Ceballos – L3der de Planeaci3n



MOVILIDAD SEGURA  
Y SOSTENIBLE

NIT: 890.311.425-0