



Alcaldía de Medellín
ISVIMED

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín



AUDITORÍA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO, PRIMER
SEMESTRE DE 2020.

INFORME

**JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de
Medellín - ISVIMED

Julio 2020



NOMBRE DE LA AUDITORÍA	INFORME DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, PRIMER SEMESTRE DE 2020.			
TIPO DE AUDITORÍA:	Gestión	Auditoría de Ley	X	
Unidad Auditable Evaluada:	PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.			
Tipo de Informe	Preliminar	Definitivo	X	

1. INFORME EJECUTIVO

1.1. CONTEXTO

SUBDIRECCIÓN - PROCESO	DIMENSIÓN - POLÍTICA	VALOR INTEGRIDAD – PRINCIPIOS MIPG Y PROCESO	OBJETIVOS ODS - ESTRATÉGICO
Dirección Gestión Estratégica.	Dimensión de Control Interno. Política de Control Interno.	Diligencia, Orientación a resultados. Los siete (7) principios del MIPG.	Ciudades y comunidades sostenibles. Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.

1.2. OBJETIVO

Evaluar el estado del Sistema de Control Interno, analizando el cumplimiento de las directrices establecidas en el Decreto 1499 de 2017 y en la Resolución Interna No. 186 de 2018, frente a los avances y acciones en el desarrollo de la implementación de la metodología del MIPG y de acuerdo al Decreto 612 de 2018 los Planes Institucionales adoptados por el ISVIMED.

1.3. ALCANCE

Dicho seguimiento aplicará para el primer semestre del año 2020.

1.4. EQUIPO AUDITOR	1.5. CRITERIOS DE AUDITORÍA (normas y/o estándares)
Catalina Vásquez Restrepo Jefe de Oficina de Control de Interno	<ul style="list-style-type: none"> Artículo 9° de la Ley 1474 de 2011. Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones". Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015". Circular Externa No. 100-006 de 2019 del DAFP. Decreto 2106 de 2019 (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga



sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un **Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno**

- Decreto 612 de 2018, "Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado".
- Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. V3 diciembre 2019.

1.6. CONCLUSIÓN

Aspectos a resaltar:

- La colaboración y compromiso de los auditados en la ejecución de la auditoría al compartir la información requerida y participar activamente en las entrevistas programadas para el desarrollo de este informe.

Recomendaciones generales:

- La planeación estratégica institucional debería ser coherente y alineada a los requerimientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, ya que éste da los lineamientos para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.
- Las estrategias de los planes estratégicos e institucionales requeridos desde el Decreto 612 del 2018 y entre otros planes definidos internamente en el instituto deberían estar alineadas a las acciones establecidas en el cierre de brechas del MIPG y MECI.
- Las acciones que se definan en el plan de cierre de brechas del MIPG y MECI deberían estar orientadas a ajustar las metodologías de trabajo actuales con el propósito que estas se vuelvan actividades sistemáticas y se de un cumplimiento en el tiempo de estas mejoras.
- Estudiar y analizar el documento Manual Operativo MIPG y sus Anexos_2_3_4_5_6_criterios diferenciales vigencia 3 de diciembre del 2019, para que identifiquen todos los requerimientos y sean implementados de manera integral dentro del Instituto.
- Revisar y analizar cada una de las recomendaciones dadas por el DAFP en los resultados del FURAG 2019, y con esto definir las acciones necesarias como los recursos requeridos con el propósito de lograr de manera eficaz, eficiente y efectiva la implementación del modelo.
- Revisar y analizar cada uno de los comentarios realizados por la Jefatura oficina de control interno en el anexo **Formato-informe-SCI-parametrizado-final Informe**, para que se tomen las acciones requeridas de mejoramiento del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Conclusiones:

- Como parte de este informe se anexa **Formato-informe-SCI-parametrizado-final Informe**, herramienta suministrada por el DAFP para que las Jefaturas de Oficina de Control Interno evalúen el Sistema de Control




1.6. CONCLUSIÓN

Interno. Ambos documentos serán rendidos en la Plataforma de Gestión Transparente de la Contraloría General de Medellín y publicado en la página web institucional.

- El resultado del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, para la vigencia 2019 fue de 83,4 puntos estando 31,1 puntos por encima del grupo par y comparado con el resultado de la vigencia 2018 que fue de 63.7 puntos, el Instituto mejoró en 20,6 puntos. Pero de igual manera el DAFP entrega 38 recomendaciones para mejorar. Las cuales deben ser analizadas para complementar el plan de acción MIPG actual.
- Con respecto a los resultados del Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG, el puntaje fue de 79,7 estando por encima del grupo par en 26,9 puntos y con respecto a la vigencia 2018 se presentó un aumento de 15,3 puntos.
- El Instituto no ha tenido avances significativos en el plan de acción de implementación del cierre de brechas del MIPG para este primer semestre de la vigencia 2020. Así mismo el plan no fue ajustado a los nuevos lineamientos del Manual Operativo del Modelo Integrado de planeación y gestión de versión 3 de diciembre de 2019 del DAFP.
- En el desarrollo de la presente auditoría se identificaron dos (2) riesgos, los cuales fueron medidos basados en sus controles y gestiones; arrojando como resultado un riesgo en nivel **alto** y un en nivel **bajo**, para los cuales se plantean tres (3) observaciones, siete (7) recomendaciones y cuatro (4) oportunidades de mejora.

No	Riesgo identificado	Medición del Riesgo (Materialización)				Oportunidades de Mejora
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo	
1	Que el Instituto no avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.					<p>Tema: Evaluación Plan de acción frente a la implementación del MIPG. Observación No. 1. Recomendación No. 1 y No. 2.</p> <p>Tema: Evaluación de los resultados del FURAG 2019. Recomendación No. 3. Oportunidad mejora No. 1 y No. 2.</p> <p>Tema: Evaluación de los planes estratégicos e institucionales. Observación No. 2. Recomendación No. 4. Oportunidad mejora No. 3.</p> <p>Tema: Diligenciamiento del nuevo formulario suministrado por el DAFP. Observación No. 5. Recomendación No. 5 y No. 6. Oportunidad mejora No. 4.</p>

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	<p>INFORME DE AUDITORÍA</p>	<p>CÓDIGO: F-GEI-04</p>
		<p>VERSIÓN: 10</p>
		<p>FECHA: 16/04/2020</p>
		<p>PÁGINA: 4 de 13</p>

1.6. CONCLUSIÓN

2	Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del Sistema de Control Interno, ni implemente acciones de mejoramiento.	■	<p><i>Tema: Medición del proceso (Riesgos, indicadores, planes de mejoramiento)</i></p> <p>Recomendación No. 7.</p>
---	--	---	---

Con respecto a las oportunidades de mejora relacionadas en la segunda parte del presente informe, se pone en consideración de la entidad establecer los planes de mejoramiento correspondientes, que hacen parte de la contribución de esta dependencia para agregar valor y mejorar el desempeño de las operaciones del Instituto.

Los responsables tendrán cinco (5) días hábiles para remitir a la JOCI las respectivas aclaraciones, observaciones o justificaciones que consideren pertinentes a la información generada en dicho informe. De lo contrario, se entenderá que el informe preliminar queda en firme, como el informe definitivo.

2. INFORME DETALLADO

2.1 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

2.1.1 Para la auditoría se evaluó el riesgo cumplimiento: *“Que el Instituto no avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión”*.

Y el riesgo estratégico: *“Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del Sistema de Control Interno, ni implemente acciones de mejoramiento”*.

2.1.1.1. Evaluación Plan de acción frente a la implementación del MIPG.

<p>Criterio Evaluado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 1083 de 2015, título 21 Sistema de control interno, Capítulo 6. MECI, Título 22. Modelo Integrado de planeación y gestión. Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”. Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. V3 diciembre 2019. Resolución Interna No. 186 de 2018, “Por medio de la cual se modifica la estructura del sistema de gestión y se adopta el MIPG en el ISVIMED”.
<p>Situación Detectada</p>	<p>El equipo auditor analiza el archivo compartido por la Subdirección de Planeación F-GM-35 Seguimiento a la implementación de resultados del FURAG, en donde se evidencian las acciones plasmadas para el cierre de brechas de los resultados de la evaluación vigencia 2018. Allí se encuentra el seguimiento realizado por cada responsable con corte al 31/12/2019 y al 30/06/2020; como resultado de esta actividad se tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los campos de Subdirección responsable, responsable de actualización, y fecha de actualización desactualizados.



- Registro de avance de la 1ra línea de defensa, más no registro del monitoreo por parte de la 2da línea de defensa.
- Los campos de fecha y estado no fueron actualizados de acuerdo a lo reportado en el seguimiento.
- Un análisis estadístico propio del equipo auditor así:

Dimensión	% Cumplimiento	% Vencimiento
Direccionamiento estratégico y planeación	8%	67%
Talento Humano	42%	79%
Gestión con valores para resultados	29%	63%
Evaluación de resultados	50%	0%
Información y comunicaciones	44%	76%
Gestión del conocimiento y la innovación	50%	100%
Control Interno	67%	11%
Promedio	41%	57%

Luego del análisis del seguimiento a la implementación del MIPG, se concluye que el **riesgo estratégico** se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo alto**, determinando que el **control** establecido es el F-GM-35 Seguimiento a la implementación de resultados del FURAG **es eficiente**; pero la **gestión no es efectiva**, ya que para este primer semestre de 2020 el cumplimiento promedio es del 41% y las acciones se encuentra un 57% vencidas.

Observación No.1

Las acciones definidas en el *F-GM-35 Seguimiento a la implementación de resultados del FURAG* no se han cumplido a satisfacción, al evaluar esta información el equipo auditor determina un cumplimiento promedio del 41% y evidencia que el 57% de las acciones se encuentran vencidas. Determinando que estas acciones no han sido eficaces, eficientes y efectivas al corte del 30 de junio 2020.


Recomendación No. 1

Evaluar un mecanismo de seguimiento y monitoreo de la 1ra y 2da líneas de defensa, en donde se establezcan responsables y frecuencias; con el fin de lograr identificar los ajustes de las acciones de manera oportuna e informar los resultados de avance a la línea estratégica.

Recomendación No. 2

Alinear estas acciones con las estrategias de los planes institucionales propios de cada dimensión y política del MIPG, para con esto consolidar un solo plan de trabajo y facilite la administración de los procesos.

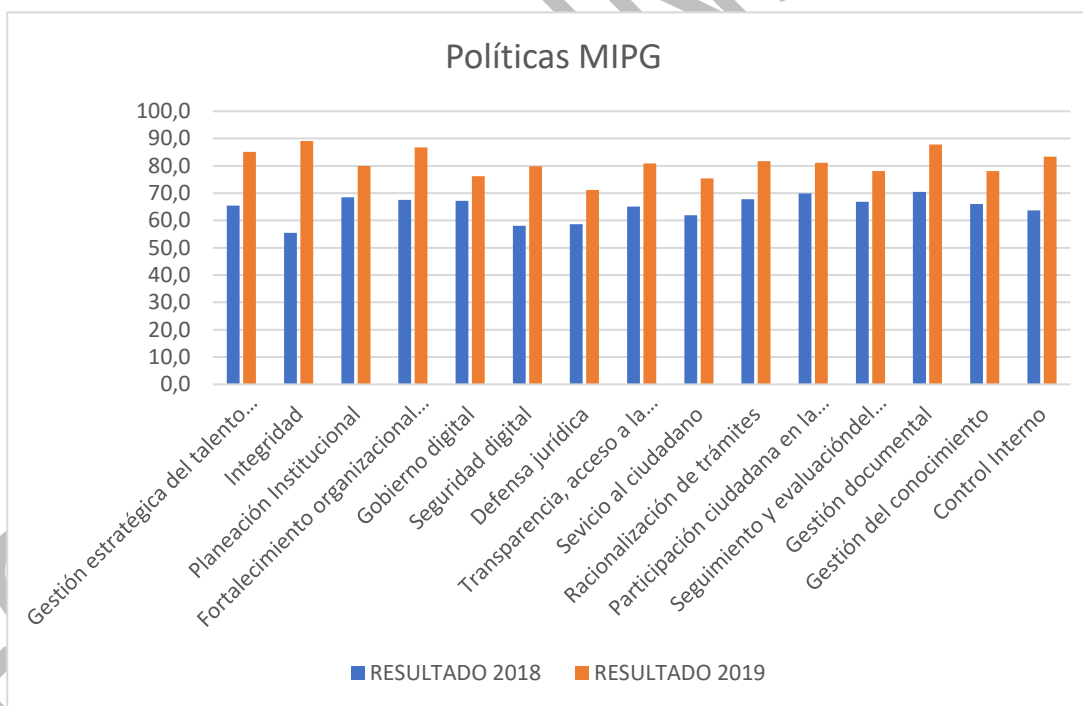
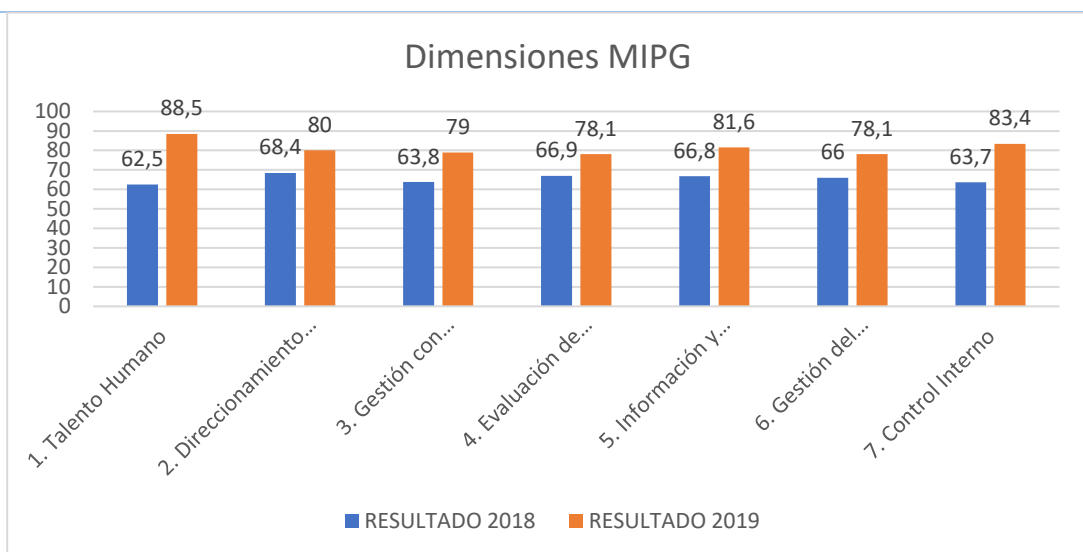


Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Alto 	Eficiente	No efectiva

2.1.1.2. Evaluación de los resultados del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión FURAG 2019.

Criterio Evaluado
<ul style="list-style-type: none"> Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”. Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. V3 diciembre 2019. Circular Externa No. 100-006 de 2019 del DAFP. Resolución Interna No. 186 de 2018, “Por medio de la cual se modifica la estructura del sistema de gestión y se adopta el MIPG en el ISVIMED”.


Situación Detectada
<p>El equipo auditor realiza la consulta de los resultados arrojados de la evaluación realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP para la vigencia 2019 referente a la planeación y gestión (MIPG) y al control (MECI) del Instituto en la página de éste. En donde se evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Con respecto a los resultados del Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG, el puntaje fue de 79,7 estando por encima del grupo par en 26,9 puntos y con respecto a la vigencia 2018 se presentó un aumento de 15,3 puntos. El Modelo Estándar de Control Interno – MECI, fue para la vigencia 2019 de 83,4 puntos estando 31,1 puntos por encima del grupo par y comparado con el resultado de la vigencia 2018 de 63.7 puntos, el Instituto mejoró en 20,6 puntos. <p>Pero de igual manera el DAFP entrega 38 recomendaciones para mejorar en el modelo MECI y para el modelo MIPG hace 357 recomendaciones. Las cuales deben ser analizadas buscando complementar el plan de acción institucional del MIPG actual.</p> <p>El equipo auditor también realizó un comparativo de los datos de la vigencia 2018 y 2019, donde se detecta coherencia del mejoramiento del resultado final, al evidenciarse datos crecientes en las dimensiones y en las políticas, como se puede observar en las siguientes gráficas:</p>




Luego del análisis de la información referente a la Evaluación de los resultados del FURAG 2019, se concluye que el instituto en la vigencia 2019 obtuvo un buen desempeño y logró avanzar en la implementación del MIPG, por lo tanto, el riesgo se encuentra en un **nivel moderado** al cumplir con una **gestión eficiente** en la implementación y el **control no es eficiente** al no desarrollar de manera oportuna la toma de decisiones de los resultados y definir acciones de mejora.

Observación No.

N.A.

	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 8 de 13

Recomendación No. 3	A la fecha de la auditoría las 395 recomendaciones dadas por el DAFP en los resultados de FURAG 2019 no cuentan con definición de planes de acción, lo que no asegura que se aporte al mejoramiento de las 17 políticas evaluadas; no obstante, la Subdirección de Planeación comunica la programación con cada Subdirección en donde se trabajará la definición de estas acciones.
Oportunidad de mejora No. 1	Se evidenció que la Subdirección de Planeación realizó en el mes de junio socialización de los resultados del FURAG 2019 en la mesa de calidad y en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, pero en este último no se evidencia un análisis y una toma de decisiones para implementar en este nuevo período. Dado lo anterior, se recomienda que se evalúe la pertinencia de tomar acciones de mejoramiento y definir los recursos necesarios, para que sean revisadas y aprobadas por el equipo directivo, en pro de aportar al cumplimiento del plan estratégico institucional.
Oportunidad de mejora No. 2	Es necesario identificar nuevamente las dependencias y procesos responsables de cada dimensión y política, debido a todos los cambios de arquitectura organizacional realizados en este nuevo período administrativo, con el propósito de que los responsables definan o ajusten las estrategias para cumplir con los lineamientos del MIPG.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Moderado 	Eficiente	No efectiva

2.1.1.2. Evaluación de los planes estratégicos e institucionales - Decreto 612 de 2018.

Criterio Evaluado	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”. • Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. V3 diciembre 2019. • Decreto 612 de 2018, “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”. • Ley 1474 de 2011. • Resolución Interna No. 186 de 2018, “Por medio de la cual se modifica la estructura del sistema de gestión y se adopta el MIPG en el ISVIMED”.
Situación Detectada	<p>Se evidencia publicados en la página web Institucional al 31 de enero los siguientes planes institucionales, dando cumplimiento a lo definido en el Decreto 612 de 2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR 2. Plan Anual de Adquisiciones 3. Plan Anual de Vacantes 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos



5. Plan Estratégico de Talento Humano
6. Plan Institucional de Capacitación
7. Plan de Incentivos Institucionales (Bienestar)
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

No se evidencia publicado en la página web institucional el *plan de acción* de la vigencia 2020.

El control definido en el *I-GC-07 Instructivo para seguimiento y actualización de contenidos de página WEB*, no es eficiente al no cumplir con la publicación requerida por ley de transparencia y acceso a la información.

El equipo auditor revisa el *F-GE-19 Consolidación de planes institucionales al plan de acción anual*, compartido por la Subdirección de Planeación con el seguimiento; y en el análisis de la JOCI se encuentra lo siguiente:


- Listado once (11) planes institucionales con sus objetivos y estrategias.
- Estrategias con asignación presupuestal, pero el recurso no está distribuido en los programas y proyectos.
- Reporte de seguimiento sin registro al no contar con información ni datos en el sistema de medición SMO.
- Indicadores que establecen medición con un período y los seguimientos definen otro período diferente; unidades de medida diferentes en la definida y la medida.
- Datos medidos hasta abril o mayo.
- Las columnas de avance acumulado y el porcentaje de avance respecto a la meta anual, no todas cuentan con fórmulas que facilite la identificación del dato resultante.

Por lo anterior, no se pudo analizar y determinar qué objetivos y metas se están cumpliendo; es necesario revisar y analizar la definición de los indicadores, las metas, las mediciones, las fórmulas de los campos de avance acumulado y el porcentaje de avance respecto a la meta anual, para que cada línea de defensa desde su rol reporte el seguimiento o monitoreo respectivo y se tomen las acciones pertinentes.

Concluyendo sobre el tema evaluado de planes estratégicos e institucionales, el **riesgo estratégico** se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo alto**, determinando que el **control** establecido *I-GC-07 Instructivo para seguimiento y actualización de contenidos de página WEB* y *F-GE-19 Consolidación de planes institucionales al plan de acción anual* es **eficiente**; pero la **gestión** no es efectiva, ya que no se cumple con la publicación requerida por ley de transparencia y acceso a la información; adicionalmente, para los objetivos y metas hay falencias en el seguimiento y monitoreo de los mismos.

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 10 de 13

Observación No. 2	El plan de acción anual debe publicarse al 31 de enero de cada vigencia en la página web de cada entidad, acorde con lo previsto en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011; según lo establecido en este lineamiento el Instituto no cumplió, ya que en la ruta http://isvimed.gov.co/transparencia/planeacion-gestion-y-control/plan-estrategico-del-isvimed-2016-2019/ no se evidencia dicho plan publicado.
Recomendación No. 4	Revisar y analizar la definición de los indicadores, las metas, las mediciones, las fórmulas de los campos de avance acumulado y el porcentaje de avance respecto a la meta anual, para que cada línea de defensa desde su rol reporte el seguimiento o monitoreo de los objetivos y de la asignación presupuestal, tomando las acciones pertinentes de mejora. De igual manera debe ser ajustado en el SIFI-SMO.
Oportunidad de mejora No. 3	Se recomienda que los planes describan el objetivo estratégico institucional al cual aporta, analizando que este se puede identificar dentro del <i>F-GE-19 consolidación de planes institucionales al plan de acción anual y/o</i> en los mismos planes, lo que permitirá validar que estos estén alineados y orientados al direccionamiento estratégico institucional.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Alto 	Eficiente	No efectiva

2.1.1.2. Diligenciamiento del nuevo formulario suministrado por el DAFP.

Criterio Evaluado	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”. • Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. V3 diciembre 2019. • Circular Externa No. 100-006 de 2019 del DAFP. • Decreto 2106 de 2019 (artículo 156) • Resolución Interna No. 186 de 2018, “Por medio de la cual se modifica la estructura del sistema de gestión y se adopta el MIPG en el ISVIMED”.
--------------------------	---

Situación Detectada	<p>El equipo auditor aplicó el formulario enviado por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP “<i>Formato-informe-SCI-parametrizado-final Informe</i>”, para el diligenciamiento de este se realizaron entrevistas con cada líder de los procesos responsables de los temas allí solicitados y se requirieron las evidencias que soportaban el cumplimiento del tema evaluado.</p> <p>Los resultados fueron los siguientes:</p>
----------------------------	---



COMPONENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO D ELA ENTIDAD
Ambiente de control	50%	52%
Evaluación del riesgo	50%	
Actividades de control	54%	
Información y comunicaciones	46%	
Actividades de monitoreo	61%	

Lo anterior significa que:

Los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgos e información y comunicación, se clasifican en *Deficiencia de Control* (Diseño o Ejecución); es decir, se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.

En cuento a los componentes actividades de control y actividades de monitoreo, se clasifica en *Oportunidad de Mejora*; lo cual significa que, se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.

Las conclusiones, las fortalezas y debilidades de la evaluación del sistema se encuentran descritas dentro de formulario, el cual es anexo al presente informe.

Como resultado de la evaluación del sistema de control interno, se concluye que el **riesgo estratégico** se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo alto**, determinando que el **control** establecido *PL-GM-02 plan para el modelo estándar de control interno-MECI* y *PL-GM-02 plan para la implementación y mejora del modelo estándar de control interno* **no es eficiente**, ya que requieren fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución en los controles institucionales; y la **gestión no es efectiva**, ya que la evaluación arroja un cumplimiento del 52%.

Observación No. 3

El Sistema de control interno del instituto se encuentra en un nivel de cumplimiento del 52%, lo que significa que es un sistema con debilidades en el diseño y ejecución de los controles.

Recomendación No. 5

Las recomendaciones por cada componente y lineamiento se dejan dentro del formulario *"Formato-informe-SCI-parametrizado-final Informe"*, y el plan de mejoramiento se debe desarrollar en este mismo documento en la hoja "Análisis de Resultados", tal y como lo estipuló el DAFP.

Recomendación No. 6


Es necesario revisar los documentos *PL-GM-02 plan para el modelo estándar de control interno-MECI* y *PL-GM-02 plan para la implementación y mejora del modelo estándar de control interno*, para que desde éstos se definan los mecanismos o metodologías de control de cada uno de los componentes del control. Adicionalmente, estos deberían estar inmersos y alineados con los planes institucionales, pues también aportan al cumplimiento de objetivos y metas de la entidad.

Oportunidad de mejora No. 4

Evaluar la necesidad de contar con un líder que gestione el Sistema de Control Interno, de tal manera que se garantice su implementación, mantenimiento y mejoramiento; pues este



sistema es parte integral de modelo MIPG, adicionalmente, se seguirán realizando evaluaciones semestrales por parte de la Jefatura de Oficina de Control Interno, y de manera anual por el DAFP; en donde se evidenciará el compromiso de la entidad frente al gestión del control.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Alto 	No eficiente	No efectiva

2.1.2 Para la auditoría se evaluó el riesgo estratégico: “Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del Sistema de Control Interno, ni implemente acciones de mejoramiento”.

2.1.2.1. Medición del proceso (Riesgos, indicadores, planes de mejoramiento).

Criterio Evaluado	Contenido
	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 1499 de 2017. Dimensión 2. Direccionamiento estratégico y planeación. Dimensión 4. Evaluación de resultados. Política Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional. Resolución interna 366 de 2019, clausula 4 responsabilidades de la implementación de la política integral de la administración de riesgos. Y su respectivo procedimiento P-GM-06 Numeral 4.4.1 de la NTC ISO 9001:2015. "La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. La organización debe determinarlos procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización, y debe: c) Determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores de desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos..." Numeral 9.1.3, de la NTC ISO 9001:2015. "La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados de análisis deben utilizarse para evaluar: c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad..." P-GEI-02 Procedimiento para auditoria de control interno. I-GEI-02 Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional. F-GEI-06 Plan de mejoramiento único institucional de control interno.

Situación Detectada	Descripción
	<p><u>Administración de riesgos:</u> Al revisar el F-GM-29 matriz de riesgos del proceso de gestión de mejoramiento continuo, no se identifican riesgos ni causas asociadas al Sistema de control interno-SCI ni al Modelo Estándar de Control-MECI, con el propósito que se cuenten con tratamientos de permitan el cumplimiento de los objetivos de este Sistema como del Modelo.</p>



Indicadores de gestión:

Se realiza verificación en el sistema de información SIFI - Módulo SMO, no encontrando un indicador relacionado con la medición de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Control.

Se evidencia seguimiento a corte de mayo 2020 de las actividades plasmadas en el *PL-GM-02 plan para el modelo estándar de control interno-MECI* y *PL-GM-02 plan para la implementación y mejora del modelo estándar de control interno*, no obstante, el resultado con avances es de: cumple (10/36), en proceso (26/36) y pendiente.

Plan de mejoramiento:

De los últimos informes de auditoría de ley realizados, Estado del Sistema de Control Interno con memorando 200-008 del 29/01/2020 y del Informe Pormenorizado de Control Interno con memorando 200-026 del 21/02/2020 no se generaron observaciones y por tanto no cuentan con planes de mejoramiento en implementación.


Observación No.

N.A.

Recomendación No.7

Revisar y analizar las herramientas de medición existentes y evaluar la necesidad de ser ajustadas, incluyendo los temas relacionados al Sistema de control interno-SCI y al Modelo Estándar de Control-MECI.

Medición

Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
Bajo 	Eficiente	Efectiva

Cordialmente,

Catalina Vásquez R.

CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno
(*) Firma digital.

CP

MPV.

CP

Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo	Revisó	Maria Paulina Berrio Villa	Aprobó	Catalina Vásquez Restrepo
	Jefe de Oficina de Control Interno		Contratista de apoyo a la JOCI		Jefe de Oficina de Control Interno

(*) VoBo Digital