



INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

GENERALIDADES

Lugar y fecha de emisión:	Medellín, marzo 10 de 2021
Destinatario del informe:	Dirección, Subdirección de Planeación, Subdirección Jurídica, Subdirección Administrativa y Financiera, Jefatura Asesora de Comunicaciones, Subdirección de Dotación, Subdirección Poblacional.
Nombre del informe:	Informe de evaluación institucional de gestión y desempeño por dependencias vigencia 2020.
Tipo de informe:	(X) Preliminar (X) Definitivo
Objetivo general del informe:	Evaluar la gestión de las dependencias del ISVIMED a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional durante la vigencia 2020, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados; atendiendo los lineamientos dados en la circular 04 de 2005; con el fin de establecer futuros lineamientos y correctivos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

CONTEXTO

Objetivo de Desarrollo Sostenible:	Ciudades y comunidades sostenibles.
Objetivo Estratégico Institucional:	Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
Dimensión – Política MIPG:	1ra dimensión Talento Humano 2da Dimensión, Direccionamiento estratégico y Planeación, 3ra dimensión Gestión con valores para resultados. 4ª dimensión Evaluación de resultado.
Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):	Diligencia. Aprendizaje e innovación. Toma de decisiones basada en evidencia. Autocontrol, autogestión y autorregulación.

INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE – JOCI

Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):	Verificar el cumplimiento normativo vigente frente a la evaluación a la Gestión por dependencia, cuya evaluación se encuentra en cabeza de los jefes de las oficinas de control interno, de acuerdo a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Verificar dicha Gestión por dependencias de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.8.1.3; los cuales establece como parámetros los planes anuales de gestión.
Alcance del informe:	Análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias para la vigencia 2020, de conformidad con los lineamientos externos emitidos por el Gobierno Nacional y los instrumentos, metodologías adoptados por la entidad en su SGC.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	El retraso en la entrega de la información por parte de los auditados. El disfrute del periodo de vacaciones del profesional universitario que integra el equipo de la JOCI. Retrasos en la contratación del equipo de trabajo que apoya a la jefatura de la oficina.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Equipo auditor:	Catalina Vasquez Restrepo – jefe de oficina de Control interno. Diego Echeverri Montoya – Profesional Universitario. Margarita Maria Sierra Palacio - Profesional de apoyo
Muestra de auditoría:	Los planes anuales de gestión establecidos por la entidad de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente aplicable, entre estos están: Plan acción, POAI, Planes institucionales, Planes de mejoramiento, Plan MIPG, Indicadores.
Metodología y procedimientos aplicados:	<p>Revisión y análisis de cada uno de los registros suministrados por la primera y segunda línea de defensa sobre los planes anuales de gestión con que cuenta la entidad.</p> <p>Para el informe de gestión por dependencia, se tendrá en cuenta: La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del ISVIMED, los Objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados, los resultados de la ejecución por dependencia, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de la Subdirección de Planeación o como resultados de las auditorías realizadas por la JOCI.</p> <p>Herramienta de evaluación, la cual fue estructura por el equipo auditor para definir el estado de la gestión.</p>
Resumen ejecutivo:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En vista que no se presentó ninguna aclaración ni objeciones al informe preliminar comunicado mediante el memorando 234 del 2 de marzo de 2021, se entiende que este informe queda en firme, por lo tanto, se toma como definitivo. ➤ Una vez validado los planes institucionales anuales de gestión de cada área respectiva según Decreto 612 del 2018, y el estado de estos al cierre de la vigencia 2020, de acuerdo a la información reportada por los auditados se pudo observar que el plan institucional se encuentra con un seguimiento a corte del 31 de agosto de 2020, no obstante, este plan se evaluó con información de auditorías adelantadas por la JOCI y con la información reportada de los análisis de los indicadores de gestión con que cuenta la entidad, situación está que requiere un mayor compromiso por parte de la primera y segunda línea de defensa, pues este es el plan que contiene los 12 planes establecidos en el decreto 612 de 2018, y que a su vez permite evaluar el estado de implementación de las políticas del MIPG en la entidad. ➤ Se evidenciaron que estos planes institucionales fueron publicados en la página web institucional (transparencia/planeación gestión y control; transparencia/contratación) al 31 de enero del 2021, cumpliendo con lo establecido normativamente. Planes que a su vez deben ser estudiados por el equipo directivo para validar la pertinencia de las estrategias allí establecidas en pro del cumplimiento de la gestión institucional. ➤ Frente a los planes de mejoramiento Institucional, la entidad





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 11

FECHA: 02/02/2021

PÁGINA: 3 de 8

cerró el año con 70 acciones no eficaces que corresponde al 54% y eficaces 42 acciones lo que corresponde al 32%, las restantes 18 corresponden acciones de vigencias al 2021, que no son tenidas en cuenta para la evaluación. Información que fue previamente comunicadas en el informe de auditoria del seguimiento del PMI bajo el memorando No. 174.

- Plan de mejoramiento Único de la Contraloría General de Medellín a corte 31 de diciembre, se encontró con una gestión de 62 acciones aun abiertas con vencimientos en la ejecución; aunque la entidad durante la vigencia 2020 logró el cierre de 4 acciones durante la auditoria financiera vigencia 2019. Cabe recordar que esta eficacia y eficiencia son definidas por la CGM durante las auditorias que realiza en cada vigencia, no obstante, la Contraloría en la vigencia 2020 no adelantó auditoria que permitiera el cierre de acciones de la gestión por resultados en sus auditorías regulares. Información que fue previamente comunicadas en el informe de auditoría del seguimiento del PMUCGM bajo el memorando No. 162.
- Frente al Sistema de Control Interno, la entidad de acuerdo al seguimiento realizado en la auditoria del SCI a los planes de mejoramiento a la información reportada por la segunda línea de defensa se pudo observar que la entidad logró un cumplimiento de 72 acciones propuesta, no obstante, no alcanzo a cumplir con 344 acciones establecidas, lo cual evidencia que el cumplimiento de lo programado en el plan del SCI se encuentra en una ejecución del 17%, situación está que requiere mayor compromiso por parte de la entidad. De acuerdo al informe de seguimiento al SCI bajo memorando No. 172 el avance del plan de mejora fue del 47%.
- FURAG se encuentra con los resultados de la vigencia 2019, por lo tanto, no fue objeto de validación por no contar con los resultados de la vigencia 2020, para realizar un comparativo; información que se tendrá en cuenta para la evaluación del primer semestre 2021.
- Se observó que la entidad firmo los acuerdos de gestión con los directivos, de acuerdo a las actas aportadas en el mes de julio 2020 y que se encuentren evaluados y cerrados al 31 de diciembre de 2020, no obstante, no se aportó informe de gestión celebrada con el subdirector de dotación de vivienda y hábitat, ing. Rodrigo Rendon Cortez quien fungió como tal desde el día 17/01/2020 al 03/06/2020. Al validar dicha información en el Indicador establecido en el sistema de medición organizacional SMO, este se encuentra diligenciado y analizado con la información correspondiente a la vigencia 2019.
- Al validar la evaluación del desempeño de los provisionales de acuerdo al procedimiento interno y su estado, no fue posible, a razón de que la información no fue suministrada por el área de Gestión Humana, y al validar la información en el SMO, se





encuentra el siguiente análisis *“No se han recibido el 100% de las evaluaciones de desempeño, para poder hacer el análisis del proceso”*.

- Indicadores de los procesos, del análisis realizado por el equipo de la JOCI de los indicadores que se encuentran diligenciados en el SMO, se puede establecer, que se observaron indicadores que no cuentan con una meta establecida, por lo tanto, con el reporte de las actividades el indicador estaría dando el 100%; así mismo, se pudo verificar que no se tienen mediciones claras si son cantidad o en porcentaje, indicadores sin diligenciar a corte del 31 de diciembre, indicadores que no aportan a la gestión institucional o en su defecto no vienen aportando en la gestión desde vigencias anteriores y se continúan diligenciando en 0 porque la actividad no se realiza y el cumplimiento del indicador es del 100%; a su vez se observó indicadores que no evidencian la eficacia de la actividad que se pretende medir.
- Resultados de las metas de plan de acción versus POAI, al analizar por parte del equipo auditor el seguimiento físico financiero reportado por la 2da línea de defensa, llama la atención a los auditores encontrar indicadores como son: *“implementación del consejo de la política habitacional con un porcentaje de cumplimiento del 204% y una ejecución presupuestal del 98%”*; el indicador de proyectos estratégicos *“Hogares sujetos de reasentamiento por obras de utilidad pública atendidos, con una meta de cumplimiento al 31 de diciembre del 67% y con una ejecución presupuestal del 0%”*; en este mismo orden de ideas se encontraron indicadores en el Plan de Acción como *“Viviendas escrituradas por saneamiento predial, con una meta cumplida del 265% y con una ejecución presupuestal del 95%”*; *“Edificación reconocidas curaduría cero, meta del 112% y vivienda habilitadas para servicios públicos meta del 129% y la ejecución presupuestal del 83%”*; *“Subsidios para mejoramiento de vivienda asignados con una meta cumplida del 101% y una ejecución presupuestal del 98%”*; *“Subsidios asignados para reasentamiento la meta cumplida se encuentra al 904% y el presupuesto ejecutado en un 99%”*; el indicador *“Subsidios para arrendamiento temporal la meta se cumplió en un 200% y la ejecución presupuestal se encuentra en un 97%”*; *“Pagos de arrendamiento temporal se encuentra en un cumplimiento del 95% y la ejecución presupuestal en un 100%”*; y por ultimo encontramos el indicador *“Viviendas promovidas con alianza publico privadas la meta cumplida al 31 de diciembre es del 30% (la meta eran 10.400 viviendas y se cumplieron 3.110), y la ejecución presupuestal se encuentra ejecutada en el 97%”*. Situación que amerita un análisis por parte de la alta dirección de la entidad frente a la ejecución físico financiera de estos indicadores del plan de acción de la entidad.
- Lo anterior demuestra que no existe coherencia entre el recurso financiero presupuestado y ejecutado al observar





metas físicas que superan lo planeado.

- Adicionalmente, comparando los resultados del SIFI/SMO y el Plan de Acción, estos no son coherentes ya que se evidencian valores en porcentajes diferentes.

Detalle de resultados:

Observación No. 1	Condición:	Se evidencia en el registro "Plan de Acción 2020" el seguimiento al 31 de diciembre de 2020 de la vigencia 2020, con ejecuciones presupuestal y cumplimiento de metas que no concuerdan unas con las otras; así mismo, al verificar los indicadores establecidos por la entidad para su gestión como es el SMO, sin diligenciar, sin metas periódica o anual; acciones en los Planes de mejoramiento sin ser eficaces; el plan institucional sin un seguimiento al cierre de la vigencia.
	Criterio:	El literal e) artículo 2.2.21.4.9 del decreto 648 de 2016, establece que los jefes de Control Interno deberán presentar informe relacionados con la gestión institucional, conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Resolución 186 del 2018 por la cual se adopta el MPIG del Isvimed.
	Causa:	No cumplir con los procedimientos internos de seguimiento, monitoreo y control a la gestión de acuerdo a los lineamientos de la dimensión 7 y política de control interno.
	Consecuencia:	De acuerdo a metodología adoptada por la JOCI, se pudo observar que la entidad en términos generales para sus dependencias se encuentra en un cumplimiento bajo en la gestión Institucional de la entidad, como puede ser consultada en la matriz de evaluación establecida y que hace parte integral del presente informe. Los planes institucionales al no contar con debido seguimiento de estos, no fue posible determinar la implementación, adopción y cumplimiento de los 12 planes que establece el decreto 612 de 2018. Deficiencia en la gestión institucional de la entidad, incumplimiento en las metas establecidas en el plan de acción institucional que impactan el plan de desarrollo del Municipio.
	Recomendaciones:	La subdirección de Planeación deberá realizar sesiones de seguimiento a los planes anuales de gestión con las demás subdirecciones para analizar cuáles fueron los factores y debilidades que incidieron en el no avance de las metas que no se cumplieron en el PA de la vigencia 2020 y formular las respectivas acciones de mejoramiento, los cuales deberán ser socializados en el comité de gestión y desempeño para su aprobación. Lo anterior con el propósito de lograr los objetivos estratégicos de la Institución.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	Efectivo
Observación No. 2	Condición:	Incumplimiento en los términos de concertación y formalización de los acuerdos de gestión para el año 2020, por cuanto la guía metodológica del DAFP determina que el plazo de la concertación y





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

		formalización de éstos, no debe ser mayor a lo establecido en el Decreto 1083/2015, artículo 2.2.13.1.9 términos de concertación y formalización del acuerdo de gestión, para que coincida con la planeación Institucional, se evidenció de acuerdo a la información suministrada que se concertaron en el mes de julio del 2020 y para los casos de subdirectores Rodrigo Alberto Rendon Cortes, subdirección de dotación de vivienda y hábitat no se estableció acuerdos.
	Criterio:	Ley 909 de 2004; Artículo 2.2.13.1.10. del Decreto 1083 de 2015, Concertación, formalización y seguimientos a los acuerdos de gestión. Instructivo I-GH-01 para el desarrollo de acuerdos de gestión V7 del 10/10/20219
	Causa:	No cumplir con lo establecido en la normatividad vigente aplicable. No darles aplicación a los lineamientos internos establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la entidad.
	Consecuencia:	Estos hechos generan riesgo de incumplimiento normativo a lo establecido en la Ley 909 de 2004; el Decreto 1083 de 2015 y la guía metodológica para la gestión del rendimiento de los gerentes públicos dada por el DAFP, que obedecería a que se incurra en sanciones para los responsables y para el instituto por parte de los entes de control.
	Recomendaciones:	Para la concertación y la formalización de futuros acuerdos de gestión, tener presente las fechas límites dadas por la Ley; lo anterior, podría subsanarse por medio de cronogramas y alertas dadas a los responsables. Tener presente que una vez, el superior jerárquico renuncie o se retire del cargo deberá evaluar los acuerdos de gestión, con el fin de que el nuevo superior revise y tenga conocimiento de éstos, garantizando la continuidad de la planeación institucional. Desde el Área de Gestión Humana se deben brindar orientaciones y recordatorios frente a estos temas. Realizar de manera periódica seguimiento y retroalimentación a los compromisos pactados en los acuerdos de gestión, con el fin de registrar los avances de la gestión con sus respectivas evidencias, buscando de esta manera que la evaluación final pueda desarrollarse de manera más ágil y concreta.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No efectivo
Aspectos a resaltar:		<ul style="list-style-type: none"> La presentación de los resultados de los indicadores, plan de acción y POAI en el comité institucional de gestión y desempeño. El reporte de avance las acciones de los planes de mejoramiento en el comité institucional de coordinación de control interno.
Conclusiones:		De los compromisos asumidos por la entidad se observó un estado general, que se encuentra con un cumplimiento bajo CB y un puntaje del 31% una vez ponderado los compromisos asumidos





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 11

FECHA: 02/02/2021

PÁGINA: 7 de 8

por la entidad en los planes instituciones y los planes de mejoramiento suscritos por el instituto, basados en la herramienta definida por la Jefatura oficina de Control interno – JOCI para esta evaluación, la cual es parte integral del presente informe.

SUBDIRECCIÓN	PROCESO	Evaluación por Subdirección		
		Eficaz	No Eficaz	%
PLANEACIÓN	Gestión Estratégica	30	72	29%
	Evaluación y Mejora Continua	9	7	56%
JURÍDICA	Gestión Jurídica	32	61	34%
DOTACIÓN	Gestión de desarrollo de soluciones habitacionales	13	43	23%
POBLACIONAL	Gestión Social	14	8	64%
ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Gestión Financiera	18	29	38%
	Gestión Administrativa	58	167	26%
	Gestión Infraestructura	8	0	100%
	Gestión TIC	10	0	100%
	Gestión Talento Humano	23	4	85%
	Gestión Documental	1	3	25%
COMUNICACIONES	Gestión Atención al Usuario	2	89	2%
	Gestión Comunicaciones	3	15	17%
General Isvimed		221	498	31%

El presente informe le permitirá a la dirección como insumo para generar los acuerdos de gestión con sus directivos, el cual se enfocó en el análisis de la gestión de cada área de la organización y en su grado de ejecución frente a los compromisos establecidos en la planeación institucional.

En atención a los principios que orientan la permanencia en el servicio y de la evaluación del desempeño establecidos en la Ley 909 de 2004 y con el propósito de fortalecer la Dimensión 1ª Talento Humano del MIPG, se le recomienda nuevamente a la Subdirección de apoyo Administrativo y Financiera, evaluar la pertinencia y conveniencia de adelantar los procesos para proveer los cargos de carrera administrativa, que hoy son ocupados por funcionarios en provisionalidad; atendiendo las instrucciones impartidas por la Comisión Nacional del Servicio Civil al representante legal y unidad de personal.

Realizar seguimiento y control sobre las evaluaciones de desempeño del personal en provisionalidad, pues no se pudo evidenciar en el módulo SMO el indicador GH-04 la medición en el





mes de diciembre, lo que hace necesario revisar las causas en aras de tomar las acciones de mejoramiento pertinentes.

Frente a los acuerdos de gestión del año 2020, fueron acordados y cuentan con seguimiento, pero estos no se encuentran reportados en el indicador GH-05 Evaluación del desempeño de los gerentes públicos.

Es necesario que el instituto establezca una estructura metodológica de planeación integral institucional, basado en la Prospectiva: plataforma estratégica (misión, visión, política habitacional, programas); Planeación: plan estratégico (objetivos y estrategias), plan de desarrollo y plan indicativo; Planificación-Táctica: plan de acción, planes institucionales y plan proyectos; y Planificación-Operativa: plan procesos y/o actividades. Esto con el propósito de contar con lineamientos de acción claros y realizar un seguimiento y monitoreo acorde a la proyección institucional.

Cordialmente,

Catalina Vásquez R

CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO

Jefe de Oficina de Control Interno

Jefatura de Oficina de Control Interno

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED

(*) **Firma digital.**

Anexo: Matriz evaluación por dependencias metodología de evaluación de la JOCI.

Elaboró	<i>Diego E.</i> Diego Echeverri Montoya	Revisó	<i>M</i> Margarita María Sierra P	Aprobó	<i>CR</i> Catalina Vásquez Restrepo
	Profesional Universitario - JOCI		Contratista apoyo - JOCI		Jefe oficina de Control Interno

(*) **VoBo digital**

