



INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 11

FECHA: 02/02/2021

PÁGINA: 1 de 6

GENERALIDADES

Lugar y fecha de emisión:	Medellín, agosto 6 del 2021
Destinatario del informe:	Responsable directo: Dirección. Otros responsables: Subdirección Planeación, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Dotación, Subdirección Poblacional, Jefatura asesora de Comunicaciones, Subdirección Jurídica.
Nombre del informe:	Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional- PMI primer semestre de la vigencia 2021.
Tipo de informe:	() Preliminar (X) Definitivo
Objetivo general del informe:	Realizar seguimiento sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones formuladas e implementadas para cada una de las observaciones y recomendaciones originadas en los planes de mejoramiento de los informes de las auditorías practicadas por la Jefatura Oficina de Control Interno – JOCI del Instituto.

CONTEXTO

Objetivo de Desarrollo Sostenible:	<ul style="list-style-type: none"> • Ciudades y comunidades sostenibles.
Objetivo Estratégico Institucional:	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.
Dimensión – Política MIPG:	<ul style="list-style-type: none"> • 4ª dimensión Evaluación de resultado. • Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.
Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):	<ul style="list-style-type: none"> • Diligencia • Aprendizaje e innovación y toma de decisiones basada en evidencia. • Autocontrol.

INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE - JOCI

Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):	Realizar revisión de los seguimiento y soportes aportados por los responsables de las acciones formuladas en la Matriz de F-GEI-06 Planes de Mejoramiento Institucional.
Alcance del informe:	El seguimiento y evaluación a las acciones formuladas e implementadas para aquellas que contaban con fecha de ejecución al 30 de junio de 2021 o anteriores, así como a los avances de las acciones propuestas en el PMI con fechas posteriores.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	<ul style="list-style-type: none"> • La no entrega oportuna del seguimiento presentado por la primera línea de defensa, y las evidencias que demuestran el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones de mejoramiento implementadas.
Equipo auditor:	<ul style="list-style-type: none"> • Catalina Vásquez Restrepo – Jefe de oficina de Control Interno. • Diego Echeverri Montoya – Profesional Universitario.
Muestra de auditoría:	Se verificarán las evidencias y avances suministrados por los responsables para cada una de las acciones formuladas e implementadas en los diferentes planes de mejoramiento, y de los seguimientos realizados por la primera línea de defensa.
Metodología y procedimientos aplicados:	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta y entendimiento normativo como de los lineamientos internos. • Revisión y análisis de los registros enviados como parte de los requerimientos solicitados, los cuales hacen parte de los papeles de trabajo de la auditoría.
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 No.1362 del 29 de julio





de 2021, se entiende que este informe queda en firme, por lo tanto, se toma como definitivo.

Luego de la revisión y análisis por el equipo auditor se informa que:

- Del resultado de evaluación y seguimiento al plan de auditoria, el equipo auditor asume que la alta dirección frente al informe definitivo comunicado en el mes de enero bajo el memorando N°. 174 del 15 de febrero de 2021, en el cual se reporta #1 observación de las cuales el auditado debió elaborar un plan de mejoramiento institucional, no se formuló plan de acción, pro esta situación se da por entendido que la entidad asume el riesgo identificado.
- Para esta revisión del primer semestre la entidad continúa con acciones formuladas sin el cumplimiento de los objetivos propuestos, por lo tanto, se reitera el compromiso que debe asumir la entidad frente a los planes de mejoramiento.
- Se reiteran las recomendaciones dadas en los informes de auditoría realizados para los seguimientos de 2019 y 2020, en pro de la mejora continua de los procesos internos de la entidad.
- Ver anexo 1 inmerso en este informe el resumen del estado en que se encuentran las acciones de mejoramiento establecidas de acuerdo al seguimiento realizado por la JOCI para el 1er semestre de la vigencia 2021.
- Del análisis realizado de las evidencias aportadas a las acciones de mejoramiento se permiten cerrar 39 observaciones, que corresponden a las auditorias de Ley cuya responsabilidad está en cada una de las dependencias como se evidencia en la siguiente tabla.

DEPENDENCIA	AUDITORÍA	Total	Cerrada	
Administrativa y Financiera	Austeridad	3	0	0
	Acreencias	3	0	
	Ley de cuotas	3	0	
	Control contable	3	0	
	Administrativas	3	0	
Jurídica	SECOP	18	8	16
	Conciliaciones	9	5	
	Jurídica	4	3	
Comunicaciones	PQRSD	15	4	4
Planeación	VNDL	4	0	15
	Planeación	9	2	
	Dependencias	2	0	
	PAAC	16	12	
Proyectos estratégicos	SCI	3	1	4
	Reasentamiento	5	4	
PROMEDIO GENERAL		100	39	39





- En la vigencia 2021 las siguientes auditorias no se les ha formulado acciones de mejora con relación a las observaciones y a los riesgos identificados, como se observa a continuación en la siguiente tabla.

INFORMES COMUNICADOS POR LA JOCI SIN PMI			
Nro	MEMORANDO	AUDITORÍA	OBS.
1	162	Informe definitivo PMUCGM	1
2	172	Informe definitivo SCI	2
3	174	Informe definitivo PMI	1
4	305	Informe definitivo Dependencias	2
5	847	Informe definitivo planes institucionales	1
6	886	Informe definitivo PQRSD	1
7	922	Informe definitivo SECOP	1
8	1109	Informe Definitivo Austeridad en el gasto 4to trimestre 2020	2

Lo anterior da a entender que la entidad asume los riesgos identificados y reportados por el equipo auditor.

- Se anexa: "F-GEI-06 Plan de Mejoramiento Único Institucional" seguimiento junio 2021 V.1, en dicho archivo se encuentran las observaciones realizadas por el equipo auditor para que sean analizadas por los auditados y se tomen decisiones.

Medición del proceso:

Administración de riesgos:

Al revisar el *F-GM-29 matriz de riesgos* del proceso de gestión estratégica, no se identifican riesgos ni causas asociadas al cumplimiento y efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento, con el propósito que se cuenten con tratamientos de permitan el cumplimiento del logro o propósito esperado definido de estas acciones.

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 de los planes de mejoramiento, pero se cuenta con seguimientos trimestrales de los avances de las actividades con sus respectivos soportes de ejecución por parte de cada subdirección responsable.

Plan de mejoramiento:

Del último informe de auditoría de ley realizado al seguimiento del plan de mejoramiento institucional con memorando digital No. 174 del 15/02/2021, en donde se generó una observación y por tanto no cuentan con planes de mejoramiento en implementación.

Detalle de resultados:

Observación No. 1	Condición:	Se evidencia en el registro "F-GEI-06 Plan de Mejoramiento Único Institucional" Seguimiento al 1er semestre de la vigencia 2021, acciones con fechas de cumplimiento vencidas, acciones con cumplimiento bajos y





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

		<p>medios (acciones con cumplimiento posterior que no serán evaluadas en esta auditoria solo se le hará seguimiento al avance que sea reportado).</p> <p>No obstante, esta misma situación se había comunicado en la auditoria anterior bajo el memorando N° 174 del 15 de febrero de 2021, para lo cual la entidad no consideró necesario formular acciones de mejora.</p>
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none"> • 4ª dimensión. Evaluación de resultados. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. • Numeral 10.2 NTC ISO 9001:2015 “Cuando ocurra una no conformidad, ..., la organización debe: ... c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; ...” • Riesgo Evaluado: Que el Instituto en su matriz de planes de mejoramiento - PMI no cierre las acciones de mejora que subsanen las desviaciones encontradas en el proceso auditor buscando lograr la eliminación de la causa raíz.
	Causa:	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento de acciones de mejoramiento o actividades que no apuntan a subsanar las observaciones detectadas en la auditorias. • Falta de entendimiento del requisito para definir acciones. • No se cuenta con una metodología definida para el planteamiento, seguimiento y monitoreo de la acción de mejoramiento propuesta. • No se les realiza un monitoreo a las fechas de vencimiento de la acción por parte de la primera línea de defensa. • No se diligencia los seguimientos realizados por la línea de defensa sobre los avances de la acción implementada. • No formulación de acciones de mejoramiento a las observaciones establecidas en las auditorias de la JOCI.
	Consecuencia:	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta la gestión institucional en el cumplimiento de metas de plan de desarrollo y el logro de objetivos estratégicos. • No se apunta a la mejora del proceso, ni se garantiza la implementación de las dimensiones y políticas definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. • Se conviertan en hallazgos por parte de los entes externos de control que conlleven a sanciones.
	Recomendaciones:	<p>Avanzar en la implementación de aquellas acciones del PMI que presentan cumplimiento medio y bajo, priorizando sobre aquellas que están vencidas o están próximas a vencerse, logrando finalmente la eliminación de las deficiencias detectadas y sus causas, contribuyendo con la mejora de las operaciones y el desempeño institucional.</p> <p>Analizar las acciones de mejoramiento formuladas, si las formuladas en su momento permiten subsanar las observaciones encontradas en su momento, o si en su defecto por cambios normativos o procedimentales, requieren la reformulación de estas, en aras de que estas sean eficaces, eficientes y efectivas.</p>
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado





	Medición del control: (Existencia y diseño)	Efectivo
Aspectos a resaltar:		<ul style="list-style-type: none"> • El compromiso por parte de los enlaces por recopilar la información que demuestra los avances en la ejecución de las acciones, así como el reporte oportuno por parte de unos enlaces de los planes de mejoramiento de los respectivos seguimientos. • El cierre de acciones que permiten evidenciar la mejora continua en el proceso, en donde se evidencia un cierre de 39 acciones lo que equivale a un porcentaje de cumplimiento del 39%, en el cual refleja la eficacia y efectiva de las acciones implementadas, así como acciones que serán reconsideradas por ser repetitivas. • El cumplimiento alto en 10 acciones de mejora que equivalen al 10%, que permiten demostrar así mismo el compromiso con la mejora del proceso, acciones estas que por alcanzar un cumplimiento alto se pondrán en consideración del Comité Institucional coordinador de control interno para su cierre definitivo o su continuidad en la validación de la gestión.
Conclusión:		<p>El equipo auditor luego de realiza la evaluación al plan de mejoramiento determinar que la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones formuladas e implementadas para cada una de las observaciones y recomendaciones originadas en los informes de las auditorías practicadas por la Jefatura Oficina de Control Interno – JOCI se encuentra en un cumplimiento medio como se detalla a continuación:</p> <p>De las cien (100) observaciones y recomendaciones a las cuales se les implemento acción de mejoramiento, se evidencia un avance general promedio por dependencias del setenta y uno (71%) por ciento en su eficacia y efectividad lo que denota un cumplimiento Medio; de igual forma se puede evidenciar que de estas se cierran un total de treinta y nueve (39) acciones por cumplimiento evidenciándose un avance del treinta y nueve (39%) en su eficacia y efectividad; no obstante la entidad debe trabajar en las diez (10) acciones que cuentan con cumplimiento bajo y en las cuarenta y una (41) acciones que cuentan con un cumplimiento medio. (anexo 1)</p>

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.**

Diego E.

CR

CR

Elaboró	Diego Echeverri Montoya Profesional Universitario - JOCI	Aprobó	Catalina Vásquez Restrepo Jefe oficina de Control Interno	Revisó	Catalina Vásquez Restrepo Jefe oficina de Control Interno
----------------	---	---------------	--	---------------	--

(*) **VoBo digital**



Anexo 1: Análisis seguimiento las acciones establecidas en el PMI con corte al 30 de junio de 2021.

Junio de 2021

DEPENDENCIA	AUDITORÍA	Total	Cumplimiento					Posterior	Autoevaluación 1ra línea		Evaluación 3ra línea		
			Bajo CB	Medio CM	Alto CA	Cerrada	% promedio		Promedio dependencia	% cerradas	% promedio	Promedio dependencia	
Administrativa y Financiera	Austeridad	3	0	3	0	0	0	63%	70%	0%	60%	68%	
	Acreencias	3	0	3	0	0	0	60%		0%	60%		
	Ley de cuotas	3	0	1	2	0	0	73%		0%	83%		
	Control Contable	3	0	3	0	0	0	77%		0%	70%		
	Administrativas	3	0	3	0	0	0	77%		0%	67%		
Jurídica	SECOP	18	1	5	4	8	0	83%	87%	44%	82%	86%	
	Conciliaciones	9	0	3	1	5	0	88%		56%	83%		
	Jurídica	4	0	1	0	3	0	90%		75%	93%		
Comunicaciones	PQRSD	15	1	8	2	4	0	0%	0%	27%	63%	63%	
Planeación	VNDL	4	1	2	1	0	0	87%	55%	0%	55%	44%	
	Planeación	9	4	3	0	2	0	33%		22%	46%		
	Dependencias	2	2	0	0	0	0	30%		0%	30%		
	PAAC	16	1	3	0	12	0	87%		75%	89%		
	SCI	3	0	2	0	1	0	40%		33%	60%		
Proyectos estratégicos	Reasentamiento	5	0	1	0	4	0	94%	94%	80%	80%	94%	
PROMEDIO GENERAL		100	10	41	10	39	0	65%	61%	27%	69%	71%	
			10%	41%	10%	39%	0%						

Nota: La matriz de seguimiento al PMI con corte a junio 30 se remite vía correo electrónico y será publicada en SIFI/modulo Calidad.

