



**INFORME DE AUDITORÍA  
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**CÓDIGO:** F-GEI-04

**VERSIÓN:** 11

**FECHA:** 02/02/2021

**PÁGINA:** 1 de 12

**GENERALIDADES**

<b>Lugar y fecha de emisión:</b>	<b>Medellín, 14 de mayo de 2024.</b>
<b>Destinatario del informe:</b>	Responsable directo: Subdirección Jurídica- Atención al ciudadano. Dirección, Subdirección de Planeación, Jefatura asesora de Comunicaciones, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección de Dotación y Subdirección Poblacional.
<b>Nombre del informe:</b>	Informe de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD 1er seguimiento vigencia 2024.
<b>Tipo de informe:</b>	<input type="checkbox"/> Preliminar <input checked="" type="checkbox"/> <b>Definitivo</b>
<b>Objetivo general del informe:</b>	Verificar la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad; en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el proceso de la gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD interpuestas por las partes interesadas; según la normatividad vigente aplicable y la documentación estandarizada en el Sistema de Gestión de Calidad Institucional.  Validar el cumplimiento de las acciones formuladas o implementadas en los planes de mejoramiento institucional.

**CONTEXTO**

<b>Objetivo de Desarrollo Sostenible:</b>	Ciudades y comunidades sostenibles
<b>Objetivo Estratégico Institucional:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar un servicio que agregue valor público al ciudadano.</li> <li>• Promover una comunicación efectiva interna y externa a fin alinear las estrategias institucionales.</li> <li>• Promover la transparencia y a la legalidad en la actuación de la gestión pública.</li> </ul>
<b>Dimensión – Política MIPG:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5ª Información y comunicación.</li> <li>• Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.</li> <li>• Política normativa.</li> </ul>
<b>Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia.</li> <li>• Orientación a resultados, excelencia y calidad, integridad, transparencia y confianza.</li> </ul>

**INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE – JOCI**

<b>Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):</b>	Verificar la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad; en el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable en relación con las PQRSD.
<b>Alcance del informe:</b>	Según la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, en su artículo 76, los informes de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD, deben presentarse semestralmente.  El corte de la información para el presente seguimiento será el 30 de septiembre de 2022, presentando la información comprendida <b>entre el 1 de</b>





## INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

**CÓDIGO:** F-GEI-04

**VERSIÓN:** 11

**FECHA:** 02/02/2021

**PÁGINA:** 2 de 12

	<b>octubre del 2023 al 30 de marzo de 2024</b> (seguimiento a seis (6) meses como lo establece la Ley).
<b>Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):</b>	No se presentan limitación durante el seguimiento a las PQRSD que comprende los meses de abril a septiembre.
<b>Equipo auditor:</b>	Héctor Francisco Preciado – jefe de oficina de Control interno, Auditor líder. Diego Echeverri Montoya – Profesional Universitario. Auditor Apoyo.
<b>Muestra de auditoría:</b>	<p>El equipo auditor descargó la base de datos del Sistema de Información Institucional – SIFI/ Modulo correspondencias, donde se evidenciaron 1375 PQRSD clasificadas así: Derechos petición: 1264 con el 92% de participación, Queja – reclamo: 46 con una participación del 3%, Entes de Control con 40 para una participación del 3%, Solicitudes de información con 23, para una participación del 2%, y sugerencias: 2, para una participación del 0,05 %. La base se corroboró con la entregada esta información generada por el SIFI se comparó con la información aportada por la subdirección Jurídica, que sirvió de comparativo para la auditoria.</p> <p>Se analizo la medición del proceso, sistema de información Institucional SIFI, modulo SMO Indicadores / Calidad / riesgos y Planes Institucionales según formulación de acciones.</p>
<b>Metodología y procedimientos aplicados:</b>	<p>Para abarcar el universo de auditoría, se generó del sistema de gestión de información Institucional - SIFI el reporte de PQRSD, según el alcance definido.</p> <p>Dicha muestra obedece a las peticiones que ingresan a la entidad, tanto de manera física como por <a href="http://pqrs.isvimed.gov.co/">http://pqrs.isvimed.gov.co/</a>, y por correo electrónico <a href="mailto:info@isvimed.gov.co">info@isvimed.gov.co</a>. Para esta auditoria se tuvo en cuenta todas las peticiones que ingresan por archivo central de la entidad, modulo SIFI/Correspondencias.</p>
<b>Resumen ejecutivo:</b>	<p>Cumplido los términos establecidos para presentar las aclaraciones y/o objeciones a las observaciones del informe preliminar comunicado mediante el memorando No. 184 del 2 de mayo del 2024, se da por entendido que este informe queda en firme, por lo tanto, se toma como definitivo, por lo que procedemos a comunicar este, el cual queda de la siguiente manera</p> <p>Para la ejecución de la auditoria de seguimiento el equipo auditor se basó en el análisis realizado a la información que se descargó, como base de datos del Sistema de Información Institucional – SIFI/ Modulo correspondencias, en donde se evidenciaron un total de 1.375 PQRSD, (Peticiones, Quejas reclamos, solicitud de información y sugerencias), esta información generada por el SIFI se comparó con la información aportada por la subdirección Jurídica en cabeza de la delegada para atender la auditoria, para los cuales se levantó unas tablas dinámicas para comprensión de los auditados y que hacen parte de los papeles de trabajo de la auditoria.</p> <p>No se tuvieron en cuenta las demás clasificaciones que genera el SIFI en su base de datos modulo correspondencia y que no se encuentran clasificados según criterios normativos como PQRSD, para una mejor comprensión de la auditoria esta se trabajó en lo relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisión de la Normativa frente al ITA.</li> </ul>



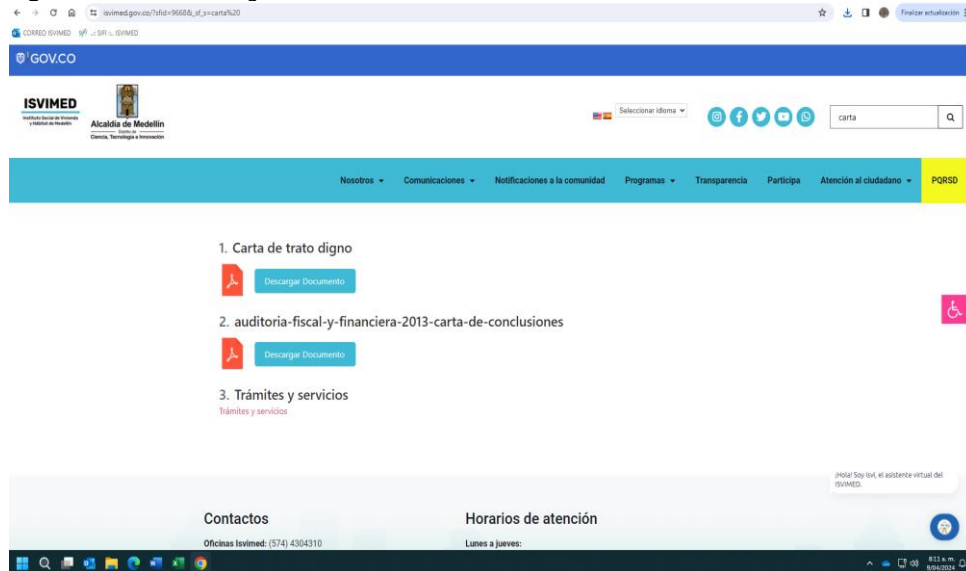


- Gestión de las PQRDS (Clasificación por mecanismo de participación, términos para resolver las PQRSD, clasificación por dependencias y tiempos de respuesta según días hábiles),
- Gestión del proceso (indicadores, matriz de riesgos y Planes de mejoramiento), como se detalla a continuación.
- Tutelas derivadas de los derechos de petición.

**Revisión Normativa frente al ITA (índice de transparencia y acceso a la información Pública).**

👍 “Ley 1437 de 2011 Artículo 7, numeral 5. la entidad cuenta con el enlace. <https://isvimed.gov.co/carta-de-trato-digno-a-los-usuarios-de-isvimed/> , cuenta con la carta de trato digno que establece la Ley, por lo tanto, se concluye que la entidad para este punto está cumpliendo con el requerimiento normativo.

**Imagen No.1** Carta trato digno.



Fuente de Información <http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new>.

Se recomienda revisar esta carta toda vez que la ley en su numeral 5. Establece “Expedir, hacer visible y **actualizar anualmente** una carta de trato digno al usuario donde la respectiva autoridad especifique todos los derechos de los usuarios y los medios puestos a su disposición para garantizarlos efectivamente”, **negritas fuera de texto**, no se observa la fecha en la cual se estableció su actualización.

👍 “**En cumplimiento al numeral 7 del artículo 7 de la ley 1437 de 2011- Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.** Atribuir a dependencias especializadas la función de atender quejas y reclamos, y dar orientación al público”. Mediante la Resolución Interna No. 1131 del 31 de mayo de 2017, En el artículo 4 se le atribuye a la Subdirección Jurídica Resolución N°533 de 2022, que actúa como dependencia especializada en el tema, Por lo tanto, se asume que se cumple al contar con una dependencia especializada para la atención de las peticiones.





“En cumplimiento al numeral 8 del artículo 7 de la ley 1437 de 2011- Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”. La entidad para los tramites y resoluciones de peticiones cuenta con un aplicativo en su página web para radicar las peticiones que ingresan a la entidad, el cual puede ser consultado en el siguiente link [http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new2?\\_ga=2.50082662.1733504416.1626211284-247440744.1621535709](http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new2?_ga=2.50082662.1733504416.1626211284-247440744.1621535709).

Imagen No.2 Formulario para solicitudes y PQRSD.

Fuente de Información <http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new>.

A su vez cuenta con la herramienta que les permite a los peticionarios conocer la respuesta dada a la petición radicada la cual se encuentra en el enlace <https://isvimed.gov.co/transparencia/medios-de-seguimiento-para-la-consulta-del-estado-de-las-solicitudes-de-informacion-publica/>, no obstante, este seguimiento se encuentra actualizado hasta la vigencia 2023, por lo que se sugiere hacerle control.

Imagen No.3 Seguimiento a las PQRSD.

Número de radicado	Fecha número de radicado	Estado actual	Número de radicado de respuesta
E-1	1/2/2023	Finalizada	0-14
E-2	1/2/2023	Finalizada	0-255
E-4	1/2/2023	Finalizada	0-80
E-8	1/3/2023	Finalizada	0-128
E-12	1/3/2023	Finalizada	0-245
E-14	1/3/2023	Finalizada	0-80
E-16	1/3/2023	Finalizada	0-269
E-20	1/3/2023	Finalizada	0-233
E-22	1/3/2023	Finalizada	0-267
E-24	1/4/2023	Finalizada	0-164

Fuente de Información <http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new>.

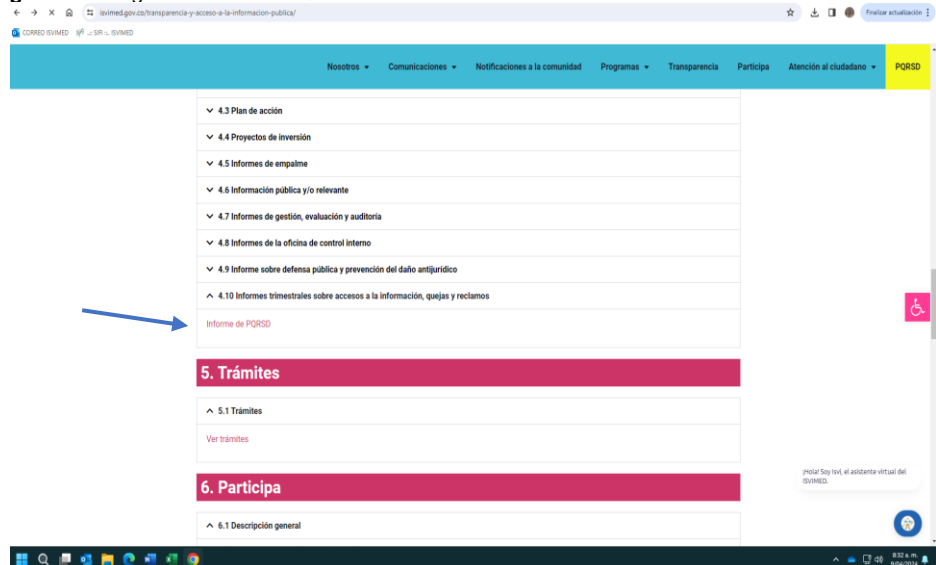




La entidad no debe perder de vista lo establecido en la Resolución 1519 de 2020, que establece los lineamientos para publicación y divulgación de la Ley 1712 del 2014, aunque los plazos se ampliaron debe ajustar su accesibilidad en los contenidos Web, cumpliendo con lo establecido para el ITA.

**⚠ Artículo 9 del decreto 2232 de 1995**, Presentar el informe de que trata el artículo 54 de la Ley 190 de 1995. *El informe debe presentarse con una periodicidad mínima trimestral al jefe o director de la entidad* (negritas fuera de texto). La entidad en su página web **no** se observa publicado el correspondiente informe de seguimiento de manera bimensual como lo establece el procedimiento con código P-GA\_02 versión 16 del 08/02/2022, el cual a su vez debe ser socializado en el equipo primario situación que el equipo auditor no pudo corroborar, se sugiere continuar con la dicha práctica e incluir dentro de los temas que abordan de manera periódica por los directivos en dicho equipo, dicha socialización se sugiere que queden en las actas que custodia la dirección; los correspondientes seguimientos deben reposar en el siguiente enlace <https://isvimed.gov.co/transparencia/informe-de-peticiones-quejas-reclamos-denuncias-y-solicitudes/>.

**Imagen No.4** Seguimiento a las PQRSD.



Fuente de Información <http://sifi.isvimed.gov.co/quejas/new>.

### **GESTIÓN DE LAS PQRSD EN LA ENTIDAD**

Para la ejecución de la auditoria de seguimiento el equipo auditor se basó en el análisis realizado a la información que se descargó, como base de datos del Sistema de Información Institucional – SIFI/ Modulo correspondencias, en donde se evidenciaron un total de 1375 PQRSD, (Peticiones, Quejas reclamos, solicitud de información y sugerencias), las cuales se trabajaron de la siguiente manera:

- Clasificación de las PQRSD y clasificación por mecanismos de Participación.
- Clasificación de las peticiones por dependencia, y
- Estado actual de las PQRSD.

❖ **Clasificación por mecanismo de participación o tipología.**

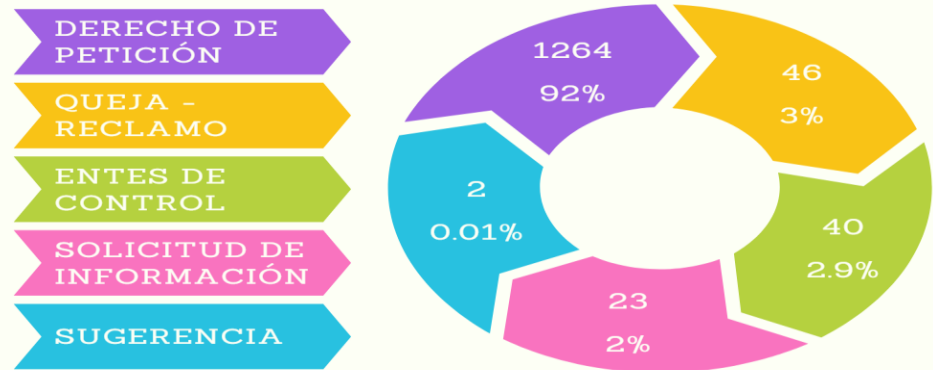




Se observo mediante el Sistema de Información Institucional - SIFI, que, durante el 1 de octubre de 2023 al 30 de marzo de 2024, los mecanismos de participación ciudadana más utilizados fueron: las peticiones con 1264 y una participación del 92%, como se verá en la siguiente imagen:

Grafica No. 1 Clasificación PQRSD por tipología.

## Petición por tipología



Fuente: Sistema de información SIFI (modulo radicados, información de correspondencia recibida).  
Elaborado por la JOCI.

### ❖ Clasificación de peticiones por dependencia

Según los programas ofrecidos en el Instituto, se observa que la ciudadanía a requerido a la entidad en la mayoría de las veces a la subdirección jurídica en un 38% con 516 peticiones, como se proyecta a continuación:

Gráfico No. 2 Clasificación por dependencia



Fuente: Sistema de información SIFI (modulo radicados, información de correspondencia recibida).  
Elaborado por la JOCI.







❖ **Tiempos de respuesta.**

Los términos para resolver las peticiones están ajustados a lo establecido según la Ley 1755 de 2015, no obstante, se compara cuánto tiempo tardó la entidad en atender algunos requerimientos para generar alertas para la toma de decisiones, lo anterior no significa que las respuestas de más de 15 días hábiles estén fuera de los términos de Ley o que se atendieron inoportunamente o que no se atendieron. De conformidad con la base de datos se observa los siguientes tiempos de respuestas, en los cuales se tiene un tiempo promedio de respuestas de 13 días, llamando la atención la petición que se respondió del señor Damián Pérez Arroyave, cuya respuesta fue entregada bajo el radicado 296 del 05/02/2024 tardándonos 47 días para la respuesta, la cual evidencia que no fuimos oportunos, teniendo en cuenta que se le envió la solicitud de prórroga para responder con un plazo hasta límite hasta el 5 de enero, situación que no se cumplió, en la siguiente imagen podemos observar los tiempos de respuestas y los resultados que nos arrojó la base de datos con que trabajo el equipo auditor y cuyos resultados son los siguientes:

Gráfico No. 3 tiempos de respuesta



**Fuente:** Sistema de información SIFI (modulo radicados, información de correspondencia recibida).  
**Elaborado** por la JOCI.

Se encontró que 112 peticiones no cuentan con información que relacione la respuesta situación está que se invita a los responsables para tener en cuenta los plazos establecidos por Ley para el cumplimiento de la oportunidad en la respuesta.

Y 211 peticiones superaron los plazos establecidos para cumplir con las respuestas, lo que requiere que se realice una vigilancia constante y se establezcan controles que apunten a subsanar la causa raíz que genera tal situación.

❖ **Tutelas Derivadas de los Derechos de Petición**

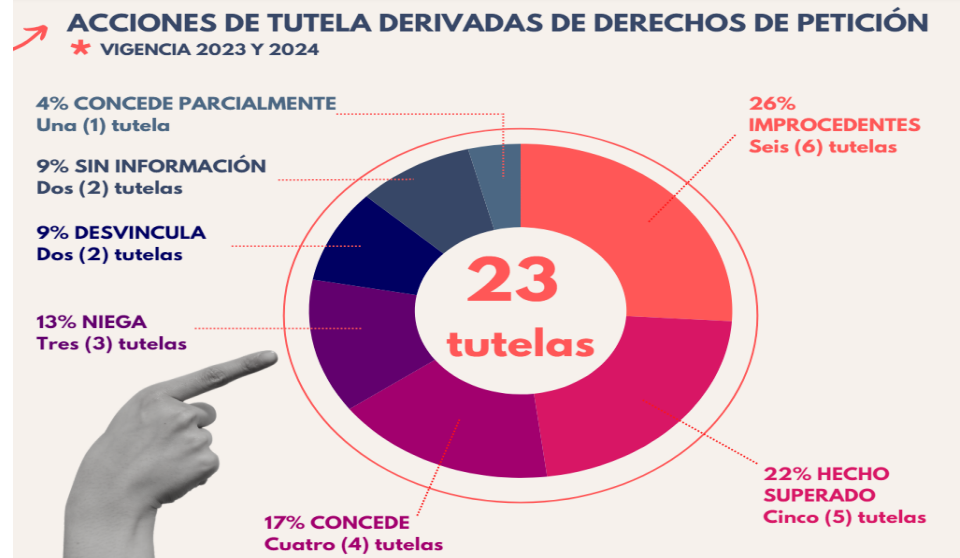
Según la información aportada por los auditados, se evidencia lo siguiente según el alcance de la auditoria, lo que requiere que la alta dirección, como quien ejerce la defensa judicial de la entidad, preste mayor atención a las peticiones, que generan un





número significativo en tutelas como vemos en la siguiente imagen, que en 6 meses generan 23 tutelas que llevan a la entidad a darle el trámite pertinente por no haberse atendido las características de las respuesta y los términos de Ley establecidos para cada una. A continuación, veremos el siguiente grafico ilustrativo.

Gráfico No. 4 Acciones Constitucionales derivadas de derechos de petición



Fuente: información aportada por los auditados. Elaborado por la JOCI.

### Gestión de Proceso:

#### 1.1. Riesgos del Proceso:

El equipo auditor valido el seguimiento al 4to trimestre del 2023 de conformidad con la herramienta utilizada F-GM-29, Versión 05, 30/03/2022 por el proceso de Atención al Ciudadano para evaluar los dos riesgos que tienen identificados con sus respectivos controles observándose que el riesgo principal *“Posibilidad de afectación reputacional y económica del Instituto reflejada en la insatisfacción de los ciudadanos en relación con las respuestas de las PQRSD por parte del Isvimed, así como por la pérdida de recursos derivada de procesos fallados en contra de la entidad por vencimiento de términos de los recursos legales interpuestos por los ciudadanos, y por posibles hallazgos de los Entes de Control frente a la gestión de las PQRSD. Lo anterior, debido a que las respuestas de las PQRSD no contienen las características de: oportunidad, claridad, respuesta de fondo, precisas, congruentes, y consecuentes”*, durante los tres trimestre se ha materializado toda vez que se continua presentando extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, donde se informa que se implementaran controles tipo correctivo el cual es: *“Generar una campaña interna mensual, alusiva al proceso interno que hay desde que ingresa una petición y al cumplimiento de los tiempos de estas”*.

Esta situación amerita que la alta dirección realice seguimiento permanente y establezca las acciones pertinentes en aras de prevenir la materialización del riesgo.

**Análisis de la JOCI:** Del seguimiento se extrae que el riesgo principal tiene deficiencias frente a los controles establecidos para las características de la respuesta, por lo que se materializa en cuanto a la respuesta con claridad, respuesta de fondo, congruencia e incluso oportunidad.







Para el segundo riesgo identificado en el proceso frente a las PQRSD Riesgo Principal “Posibilidad de afectación reputacional del Instituto, reflejada en la inconformidad del ciudadano por aumento de PQRSD, comentarios negativos a través de los diferentes canales de comunicación (redes sociales, medios de comunicación) y de manera informal, debido a que la información que se proporciona al ciudadano es insuficiente o errónea”.

**Análisis de la JOCI:** una vez analizado el seguimiento no se evidencia la materialización del riesgo, no obstante, se les insiste en la recomendación dada en otros informes, que se implemente una herramienta donde el usuario pueda realizar un seguimiento a su PQRSD en tiempo real.

### 1.2. Medición del proceso:

El proceso cuenta con un **indicador de gestión** el cual es: “OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE PQRSD”, el cual tiene como objetivo suministrar al usuario una respuesta oportuna a su respectiva petición. Con una meta anual y periódica del 95% según la ficha del SMO, como información general. <http://192.168.1.212:3020/indicadores/visualizar?id=109>

Del análisis de la ficha de la medición del indicador, se puede leer que la entidad para 1er trimestre de la vigencia 2024 no ha alcanzado a lograr el cumplimiento del objetivo propuesto frente a la oportunidad en la respuesta de PQRSD que es del 95%. Para el periodo analizado se logra una sumatoria de los promedios simples, que equivalen al 47.65% lo cual demuestra que no se alcanza a cubrir la meta del 95%, por lo que entiende que no se alcanzó la meta de responder las peticiones que ingresan a la entidad de manera **oportuna**.

**Imagen No.5** Seguimiento al Indicador de las PQRSD en el SMO.

#### MEDICIÓN DEL INDICADOR

Meta anual: 95 ---- Meta cuatrimestro: 0 ---- Meta periódica: 95

Mes	NUMERO DE PETICIONES RESUELTAS EN MENOS DE 15 DIAS	NUMERO DE PETICIONES CERRADAS	Resultado	Análisis
ENERO	96.0	208.0	46.15 %	PARA EL MES DE ENERO NO SE CONTA CON EL EQUIPO DE TRABAJO COMPLETO PARA PODER ATENDER EL SERVICIO, NO OBTIENE SE REALIZÓ UN PLAN DE CHOQUE CON LAS AUXILIARES ADMINISTRATIVAS QUIEN APOYARON LA ATENCIÓN PRESENCIAL EN AMBAS SEDES. LAS PQRSD SE VIERON RETRASADAS EN SU GESTIÓN POR LA FALTA DE LAS PERSONAS RESPONSABLE DE SU RESPUESTA. SE ESPERA QUE PARA LOS PROXIMOS PERIODOS EL TEMA SE ESTABLEZCA. User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-03-20 14:49:49
FEBRERO	89.0	230.0	38.7 %	PARA ESTE PERIODO SE INCREMENTARON LOS REPORTES, PERO FUE INFERIOR LA GESTIÓN DE RESPUESTA, AUN NO SE CUENTA CON LA TOTALIDAD DE INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO DE LA ENTIDAD LO QUE RETRASÓ LA OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA. DESDE LA DIRECCIÓN SE ESTA DANDO Celeridad PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL PRIORITARIO. User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-03-20 14:58:32
MARZO	61.0	105.0	58.1 %	PARA EL MES DE MARZO, LA OPORTUNIDAD DE LA RESPUESTA FRENTE A LAS PETICIONES QUE SE RESUELVEN DE 9 A 15 DÍAS ES DE UN 50.2%. LO QUE INDICA QUE HA SIDO EFICIENTE Y EFICAZ EL SEGUIMIENTO Y CONTROL OPORTUNO QUE SE REALIZA A CADA SUBDIRECCIÓN PARA ESTE FIN. SIN EMBARGO, DESDE EL PROCESO DE GESTIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SE SEGUIRÁ REALIZANDO UN SEGUIMIENTO ARDUO A LOS PLANES DE ACCIÓN, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA CREACIÓN DE UN EQUIPO INTERADMINISTRATIVO QUE PERMITA SOSTENER ESTA META EN LOS DEMAS MESES SIGUIENTES TAL COMO LO ESTABLECE LA LEY 1755 DE 2015. User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-04-06 09:04:37
ABRIL				User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-01-31 11:21:45
MAYO				User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-01-31 11:21:45
JUNIO				User Actualiza: - Fecha Actualización: 2024-01-31 11:21:46

**Fuente:** Sistema de información SIFI (modulo radicados, información de correspondencia recibida).  
**Elaborado** por la JOCI.

### 1.3. Planes de mejoramiento Institucional:

Con el memorando No. 904 del 5/09/2023 seguimiento al plan de mejora institucional, se cerraron las dos acciones pendientes, por lo que no se cuentan con acciones abiertas a la fecha de la auditoria, se insta a continuar con la mejora del proceso. Las acciones de mejora identificados con los No. 92 y 97 continúan abiertas, sin ser eficaces y eficientes, lo que se reitera en esta auditoria.

#### Detalle de resultados:

<b>Observación No. 1</b>	<b>Condición:</b>	Tras el seguimiento correspondiente y soportado en los papeles de trabajo, se observa que la entidad no es oportuna en la gestión frente a la respuesta generada
--------------------------	-------------------	--





## INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

**CÓDIGO:** F-GEI-04

**VERSIÓN:** 11

**FECHA:** 02/02/2021

**PÁGINA:** 10 de 12

a los peticionarios superando los 15 días establecidos por Ley, situación que se ratifica en el seguimiento al SMO que lleva el líder y responsable del proceso de las PQRSD.

Aunque durante la auditoria no se consideraron las características de las PQRSD, es pertinente que se atienda estas, ya que la entidad solo viene apuntándole a la oportunidad de las respuestas dejando de lado las demás características como claridad, de fondo, congruente y consecuente.

En este sentido se plasma observación toda vez que se encuentran superando la meta establecida en el indicador y adicional se evidencia en el seguimiento periódico que no se alcanza al cierre oportuno de las peticiones que reposan en la base de datos.

Se observó que la entidad no está cumpliendo lo establecido en el Artículo 9 del decreto 2232 de 1995, Presentar el informe de que trata el artículo 54 de la Ley 190 de 1995. El informe debe presentarse con una periodicidad mínima trimestral al jefe o director de la entidad. Como a la publicación en página web del respectivo informe bimensual como lo establece el procedimiento con código P-GA\_02 versión 16 del 08/02/2022.

**Criterio:**

*El derecho de los ciudadanos a acceder a la información pública, consagrado en los artículos 20, 23, 78, y 112 de la Constitución Política de Colombia.*

*Ley 1755 de 2015 sustituye el Título II de la Ley 1437 de 2011, Decreto 2641 de 2012. "Por el cual se reglamenta los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011".*

*Decreto 1166 de 2016 Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015.*

*Artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, El Decreto 1081 de 2015, incorporó el Decreto 103 de 2015 que reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014, y en su Artículo 2.1.1.2.1.4. numeral 7.*

*Ley 1755 de 2015, artículo 14. Decreto Legislativo 491 de 2021, art 5. "Ampliación de términos para atender las peticiones"*

*Procedimiento para Registrar y Gestionar las Peticiones con código P-GA\_02 versión 16 del 08/02/2022.*

**Causa:**

Durante la transición de gobierno no había personal suficiente para la atención oportuna de las PQRSD, presentándose retrasos en la contestación de estas, lo que genero deficiencias en los controles establecidos en la atención a las PQRSD que la entidad recibe con el personal asignado a dicha responsabilidad, que no ha permitido que se atiendan rápidamente las peticiones que ingresan a la entidad para mejorar el proceso.

**Medición del Riesgo:**

El **riesgo** si bien se presentan algunas dificultades de acuerdo al seguimiento reportado en la matriz de riesgos del proceso que reposa en SIFI, este se puede ubicar en un nivel de **riesgo Moderado**, determinando que **el control** establecido viene siendo **eficiente** (contribuye con la prevención de la materialización del riesgo), debido a que la entidad establecida varios controles ligados al cierre de la atención de las PQRSD, no obstante, la Entidad de a su vez debe atender las características de las respuestas dadas que permitirán que se de manera oportuna, clara, consecuente y congruente las respuestas dadas a las peticiones interpuestas, esto con el objetivo que, a su vez, a la entidad no le ingresen tutelas por respuestas a los derechos de petición.

**Consecuencia:**

El impacto a este evento, son acciones constitucionales en contra de la entidad, que pueden conllevar a sanciones o a tutelas como las que se han presentado en la entidad y que fueron analizadas en este seguimiento.

**Medición de la Gestión:**





		<p><b>La gestión</b> a la fecha del corte es <b>efectiva</b>, frente al cierre de las PQRSD, no obstante, la entidad continúa presentando falencias frente a la oportunidad situación está que se observa en el indicador del SMO, en la materialización de los riesgos y en las tutelas presentadas contra la entidad en relación con las PQRSD.</p>
	<p><b>Recomendaciones:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Analizar el indicador establecido al proceso toda vez que este apunta solo a la oportunidad de la respuesta dejando de lado las demás características que se establecen para el tratamiento de las PQRSD.</li> <li>❖ Atender las PQRSD, no solo desde la oportunidad, sino también desde las características que deben tener las respuestas de acuerdo con la sentencia T-230 de 2020.</li> <li>❖ Capacitar a todo el personal frente a la atención de las PQRSD.</li> <li>❖ Le seguimiento a las peticiones que aparecían próximas a vencer en la base de datos como a las que estaban vencidas para culminar con el proceso.</li> </ul>
	<p><b>Medición del riesgo: (Materialización)</b></p>	<p><b>MODERADO</b></p>
	<p><b>Medición del control: (Existencia y diseño)</b></p>	<p><b>Efectivo</b></p>
<p><b>Aspectos para resaltar:</b></p>		<p>En la auditoria se observaron acciones de mejora tendiente a la oportunidad en la respuesta a los derechos de petición, pero se debe seguir trabajando para mejorar sustancialmente el proceso frente a las demás características de las respuestas a las peticiones.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se verificará la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad; en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD interpuestas por las partes interesadas; según la normatividad vigente aplicable y la documentación estandarizada en el Sistema de Gestión de Calidad Institucional, que concluyo que, si bien se ha mejorado frente a la oportunidad y demás características, se deben continuar con el esfuerzo para que no se nos presenten acciones constitucionales (tutelas por no respuesta a las peticiones).</li> <li>✓ Se espera que con el cambio en la estructura administrativa se sigan implementando controles para mejorar el proceso, no solo al cierre de las peticiones que ingresan a la entidad, sino a la atención completa de las características de las PQRSD, como los establece la sentencia T-230 de 2020.</li> <li>✓ Atender oportunamente las peticiones que se encuentran vencidas para dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente aplicable, así como tomar las medidas internas en aras de que no se supere en los términos de Ley las diferentes Peticiones que ingresan a la entidad.</li> <li>✓ Se insta a que se analice el indicador establecido, toda vez que este solo mide la gestión de un ciclo específico que es la prontitud en la respuesta en tiempos de Ley de las PQRSD, cuando el proceso inicia desde la presentación o solicitud de la necesidad hasta el cierre en el aplicativo SIFI con la contestación “oportuna” de la petición, por lo tanto, solo se está realizando una evaluación parcial al desempeño de las peticiones,</li> </ul>





**INFORME DE AUDITORÍA**  
**JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

lo cual no permite asegurar la eficacia y eficiencia de las operaciones y actividades desarrolladas durante las demás características que trae consigo las respuestas a las PQRSD, ni el control efectivo y eficaz del proceso.

- ✓ Se debe implementar acciones de mejora que permitan la atención oportuna de las PQRSD que ingresan a la entidad.
- ✓ La materialización de los riesgos se refleja en las acciones constitucionales (Tutelas) que viene atendiendo la entidad por no cumplir con los lineamientos de los derechos de petición.

Cordialmente,

**HÉCTOR FRANCISCO PRECIADO**

Jefe de Oficina de Control Interno  
 Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED  
 (\*) *Firma digital.*

<b>Elaboró</b>	Diego Echeverri Montoya	<b>Revisó</b>	Héctor Preciado	<b>Aprobó</b>	Héctor Preciado
	Profesional Universitario – JOCI		Jefe oficina de Control Interno		Jefe oficina de Control Interno

(\*) **VoBo digital**

