

INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 1 de 9

GENERALIDADES	
Lugar y fecha de emisión:	Medellín, octubre 27 de 2025
Destinatario del informe:	Responsable directo: Dirección, Subdirección Administrativa y financiera, Subdirección Planeación.
Nombre del informe:	Seguimientos a otros sistemas de gestión bajo normas voluntarias (estándar ISO), así como otros de obligatoria implementación como el relacionado con sistema de seguridad y salud en el trabajo.
Tipo de informe:	() Preliminar (x) Definitivo
Objetivo general del informe:	Evaluar la gestión de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, calidad y ambiental, validando el cumplimiento legal y normativo aplicables.

CONTEXTO	
Objetivo de Desarrollo Sostenible:	Ciudades y comunidades sostenibles.
Objetivo Estratégico Institucional:	Garantizar un 95% de nivel satisfacción frente a la atención recibida para cada vigencia.
Dimensión – Política MIPG:	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión: Gestión con Valores para Resultados
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):	Evaluar la gestión de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, calidad y ambiental, validando el cumplimiento legal y normativo aplicables.
Alcance del informe:	Análisis y evaluación del ciclo PHVA de los sistemas de gestión.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	No se presentaron limitaciones.
Equipo auditor:	<ul style="list-style-type: none"> • Héctor Preciado – jefe de Oficina de Control Interno. • Catalina Vásquez Restrepo – Contratista de apoyo de la JOCI.
Muestra de auditoría:	<ul style="list-style-type: none"> • Se analiza la información cargada y existente en el módulo SMO y en SIFI. • Se analiza la información compartida por la subdirección de planeación y administrativa y financiera.
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 consultados en el SIFI por parte del equipo auditor, los cuales hacen parte de los papeles de trabajo de la auditoría.
Resumen ejecutivo:	<p>Es de anotar que Isvimed está solo certificado bajo la norma ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión Calidad. Para el caso de los sistemas de gestión ambiental y seguridad y salud en el trabajo se implementa para dar cumplimiento a los requisitos legales, aunque se identifica que es un objetivo estratégico el certificarse bajo estos lineamientos.</p> <p>El equipo auditor revisa la documentación compartida por las subdirecciones auditadas y consultada en la plataforma institucional SIFI. Y basados en este elabora el papel de trabajo Requisitos ISO, la cual es una lista de chequeo de interrelaciones de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y ISO</p>





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 2 de 9

45001:2018, como los estándares mínimos de la resolución 0312, allí se plasman las observaciones del equipo JOCI de acuerdo con lo evidenciado con el propósito de que la entidad mejore su gestión, y la evaluación de cumplimiento del sistema de gestión integral es:

CUMPLE	PARCIAL	NO CUMPLE
30	10	3
70%	23%	7%

Es recomendable que analicen los requerimientos normativos para que se apliquen acciones de mejoramiento al sistema de gestión integral.

- RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES DEL INFORME PRELIMINAR:**

El equipo auditor da respuestas a las objeciones enviadas por correo con asunto "RE: SIFI - Correspondencia Interna Nro. 344" de fecha 24/10/2025 de parte del subdirector de planeación.

Normograma:

Subdirección de planeación: R/ Respecto al normograma, se aclara que este enviado a control interno el 16 de septiembre (adjunto a este comunicado) con su respectiva confirmación de recibido, actualizado a la fecha y se encuentra acompañado de la Ficha de Seguimiento Legal Ambiental, instrumento que se actualiza mensualmente y contiene el seguimiento al cumplimiento de las normas aplicables al componente ambiental. Dicho formato permite evidenciar la trazabilidad y evaluación continua del cumplimiento legal, conforme al numeral 6.1.3 de la Norma ISO 14001:2015.

R/ El equipo auditor tomó y revisa el normograma que se encuentra en SIFI con fecha de septiembre 2025, y analizando los campos del registro, observando que este no cuenta con los campos de seguimiento ni de evaluación.

Así mismo, revisa y evidencia archivo compartido por la subdirección de planeación, ficha de seguimiento legal del ítem ambiental con corte a septiembre 2025, con el respectivo seguimiento de estas.

Es de anotar que este registro no está codificado dentro del sistema; es necesario coordinar con la subdirección jurídica esta metodología de seguimiento y así mismo se alinee con el equipo de SST.

Las siguientes imágenes son pantallazos de las rutas y de los registros evaluados.

Imagen. SIFI/Calidad





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 3 de 9

Calidad

Si quiere conocer el Normograma pulse: [F-GJ-64_NORMOGRAMA_30_DE_SEPTIEMBRE_DE_2025.xlsx](#)
[F-GM-03_GLOSARIO_DEL_SISTEMA_DE_GESTION_DE_CALIDAD_DEL_ISVIMED.xls](#)

ESTRATEGICOS

GESTIÓN ESTRÁTÉGICA

Imagen. Registro normograma.

NORMOGRAMA									
TÍPO DE NORMA Constitución, Ley, Mandamientos, Reglamento, Acuerdos, Lineamientos, Resoluciones, entre otros	NÚMERO DE LA NORMA	TÓMATICA	DESCRIPCIÓN DE LA NORMA	PERÍODO DE EXPLICACIÓN (IMPLEMENTACIÓN)	TIPO DE CUMPLIMENTO LA NORMA:	ANFOLOS APLICABLES DE LA NORMA:	LINK DE CONSULTA:	CÓDIGO:	VERSIÓN:
Resolutivo	R.E.20251737699	El presente documento establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) para el año 2025, que se implementará en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED), en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Es la implementación de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED), en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	28/07/2023	Actual	T+60	Norma de Calidad ISVIMED	F-GEI-04	40
Declaración	177	El presente documento establece las directrices para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Declaración de acuerdo al Decreto 177 de 2023, que establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	29/07/2023	Propuesta de la Regla 6	Total	Norma de Calidad ISVIMED	F-GEI-04	101

Imagen. Registro Seguimiento legal.

Nombre / Responsable Legal	Descripción del Requerido	Objetivo / (SI o No)	Evidencia de Cumplimiento	Acciones Correctivas Realizadas o pendientes	Responsable	Límite Compromiso	Límites Administrativos	Periodicidad de Monitoreo	Observaciones
Gestión legal de Riesgos Asistencia y Aprendizaje									
Evaluación ICPN de 2019	Obtener los sistemas de gestión de riesgos y respuesta a emergencias, control de calidad y mejora continua, así como la mejora continua, en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	SI	El Decreto 177 de 2023 establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED). La estrategia es aplicable en los servicios de vivienda, administración y desarrollo urbano, así como en las unidades ejecutivas y las autoridades descentralizadas, y se establecen las directrices para la implementación integral de la política de administración integrada de los riesgos y la mejora continua.	Implementar las directrices para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Línea del SGA	100%	Entregado	Se establece la política general de la administración integral de los riesgos, estrategias, metas, indicadores y procedimientos para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	
Evaluación ICPN de 2019 resultados por Recaudación	Aplicar el Plan de Gestión Integrada de Recaudación, cumpliendo con las metas establecidas en el plan.	SI	El Decreto 177 de 2023 establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Realizar las acciones necesarias para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Línea del SGA	100%	Entregado	Se establece la política general de la administración integral de los riesgos, estrategias, metas, indicadores y procedimientos para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	
Acuerdo Interadministrativo 23 de Septiembre	Aplicar el Plan de Gestión Integrada de Recaudación, cumpliendo con las metas establecidas en el plan.	SI	El Decreto 177 de 2023 establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Realizar las acciones necesarias para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Línea del SGA	100%	Entregado	Se establece la política general de la administración integral de los riesgos, estrategias, metas, indicadores y procedimientos para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	
Evaluación Metropolitana 17 de Septiembre	Aplicar el Plan de Gestión Integrada de Recaudación, cumpliendo con las metas establecidas en el plan.	SI	El Decreto 177 de 2023 establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Realizar las acciones necesarias para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Línea del SGA	100%	Entregado	Se establece la política general de la administración integral de los riesgos, estrategias, metas, indicadores y procedimientos para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	
Evaluación ICPN de 2019 resultados por Recaudación	Aplicar el Plan de Gestión Integrada de Recaudación, cumpliendo con las metas establecidas en el plan.	SI	El Decreto 177 de 2023 establece la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Realizar las acciones necesarias para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	Línea del SGA	100%	Entregado	Se establece la política general de la administración integral de los riesgos, estrategias, metas, indicadores y procedimientos para la implementación del SGC en el marco de la estrategia de desarrollo sostenible y la transformación digital del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED).	

Por lo anterior, el equipo auditor ajusta el comentario de descrito en el papel de trabajo de lista de verificación de los requisitos de norma, pero continua con calificación de cumplimiento parcial, puesto que es pertinente definir una metodología integral. Y se ajusta también la observación No. 2 en su redacción pero continua su evaluación de riesgos moderado.

Matriz de aspectos e impactos:

Subdirección de planeación: En cuanto a la matriz de aspectos e impactos ambientales, también se encuentra anexada la versión actualizada con su respectivo seguimiento. De acuerdo con el instructivo, el seguimiento se realiza cada 6 meses, dado que en las sedes administrativas los aspectos e impactos no presentan variaciones significativas de manera continua, garantizando así el cumplimiento del numeral 6.1.2 de la misma norma.



R/ Desde el ejercicio de auditoría se consultó el registro descargado desde SIFI/calidad/mejora continua/registros y se evidencia este con fecha de actualización del 21/07/2025, y las columnas de la AK-AP verificación y seguimiento no están diligenciados como se puede observar en las imágenes siguientes. Y se consulta y revisa el registro compartido por la subdirección de planeación/ambiental, y este si cuenta con los campos diligenciados del seguimiento al corte del mes de junio del 2025.

Imagen. Ruta del registro en SIFI.

EVALUACION Y CONTROL

- GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
 - CARACTERIZACION
 - MANUALES
 - PROCEDIMIENTOS
 - INSTRUCTIVOS
 - PLANES
 - FORMATOS
 - REGISTROS
 - F-GM-39 - MATRIZ DE IDENTIFICACION Y VALORACION DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES
 - ▀ F-GM-39_MATRIX_DE_IDENTIFICACION_Y_VALORACION_DE_ASPECTOS_E_IMPACTOS_AMBIENTALES.xlsx
 - - MAPA DE RIESGOS
 - - GLOSARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISVIMED
 - - MATRIZ DE ANALISIS LIBERACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS Y CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES
 - AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD
 - AUDITORIAS EXTERNAS DE CALIDAD

Imagen. Registro matriz

Imagen. Registro subdirección planeación.

Imagen. Registros sharepoint subdirección planeación.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 5 de 9



De la revisión anterior, el equipo auditor ajusta el papel de trabajo, informando que el seguimiento se encuentra en el registro existente en SharePoint de la subdirección de planeación, no en que se encuentra en SIFI. Y continua con calificación parcial debido a que es una evaluación integral de los sistemas de gestión. Y se ajusta también la observación No. 2 en su redacción, pero continua su evaluación de riesgos moderado.

Control documental:

Subdirección de planeación: Consideramos que la observación no es pertinente, toda vez que los registros que menciona la observación "informes de auditorías, informe de revisión por la dirección", se encuentran alojados en el SharePoint de la Subdirección de Planeación acatando lineamientos impartidos por TI frente la capacidad del SIFI para alojar registros que se manejan desde cada dependencia. Dichos registros se encuentran disponibles en todo momento, para las partes interesadas que lo requieran.

Adicionalmente, el procedimiento interno establecido para el control de documentos no menciona que deben estar custodiados en el SIFI, por consiguiente, no se configura un incumplimiento ni interno ni de estándares de control documental establecido en el numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015

R/ Se consulta en el SIFI en el módulo de calidad los registros existentes y se evidencia que los informes de auditoría interna, informe de auditoría externa, actas e informe de revisión por la dirección cuenta con registros de años anteriores hasta la vigencia 2016 y 2019 respectivamente, esto crea confusión en donde se debe guardar los registros, aunque la tablas de retención dice de forma general ME medio electrónico.

Imagen. Registros SIFI/calidad.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 6 de 9

- GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
 - ▼ CARACTERIZACIÓN
 - ▼ MANUALES
 - ▼ PROCEDIMIENTOS
 - ▼ INSTRUCTIVOS
 - ▼ PLANES
 - ▼ FORMATOS
 - ▼ REGISTROS
- AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD
 - - INFORME DE CICLO DE AUDITORIAS INTERNA DE CALIDAD
 - ANEXO_497_-INFORME_DE_PROGRAMA_DE_AUDITORIAS_INTERNAS_DE_CALIDAD_2015.pptx
 - INFORME_EJECUTIVO_-DESARROLLO_DEL_PROGRAMA_DE_AUDITORIAS_INTERNAS_DE_CALIDAD_2016.pptx
- AUDITORIAS EXTERNAS DE CALIDAD
 - - INFORME AUDITORIA EXTERNA DE CALIDAD BVQI 2016
 - - INFORME AUDITORIA EXTERNA DE CALIDAD BVQI 2015
 - - INFORME AUDITORIA EXTERNA DE CALIDAD BVQI 2014
- ACCIONES PREVENTIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Imagen. Registros SIFI/calidad.

- GESTIÓN ESTRATEGICA
 - ▼ CARACTERIZACIÓN
 - ▼ MANUALES
 - ▼ PROCEDIMIENTOS
 - ▼ INSTRUCTIVOS
 - ▼ PLANES
 - ▼ FORMATOS
 - ▼ REGISTROS
 - - MATRIZ DE ROLES-RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES
- - ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
 - F-GA-21_ACTA_DE_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2014.doc
 - F-GE-05_ACTA_DE_INFORME_FINAL_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2016.doc
 - Acta_de_informe_final_Revisión_por_la_Dirección_2019.pdf
 - F-GM-21_ACTA_DE_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2019.doc
 - F-GE-05_ACTA_DE_INFORME_FINAL_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_JUNIO_2017.doc
 - F-GE-05_ACTA_DE_INFORME_FINAL_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION-SEPTIEMBRE_2017.doc
 - F-GE-05_ACTA_DE_INFORME_FINAL_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION.doc
- - INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
 - INFORME_REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2019_CONSOLIDADO.pdf
 - REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2015.pdf
 - REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2016.pdf
 - REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_JUNIO_2017.pdf
 - REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_SEPTIEMBRE_2017.pdf
 - REVISIÓN_POR_LA_DIRECCION_2018.pdf

Imagen. SIFI/Calidad/Documental.

- GESTIÓN DOCUMENTAL
 - ▼ CARACTERIZACIÓN
 - ▼ MANUALES
 - ▼ PROCEDIMIENTOS
 - ▼ INSTRUCTIVOS
 - ▼ PLANES
 - ▼ FORMATOS
 - ▼ REGISTROS
 - - F-GD-13 - ÍNDICE DE INFORMACIÓN CLASIFICADA Y RESERVADA
 - - F-GD-15 - ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA
 - - MAPA DE RIESGO
- - TRD-TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
 - 200_TRD_OFICINA_DE_CONTROL_INTERNO.pdf
 - 100_TRD_DIRECCION.pdf
 - 300_TRD_OFICINA_ASESORA_DE_COMUNICACIONES.pdf
 - 400_TRD_SUBDIRECCION_DE_DOTACION_DE_VIVIENDA_Y_HABITAT.pdf
 - 700_TRD_SUBDIRECCION_ADMINISTRATIVA_Y_FINANCIERA.pdf
 - 500_TRD_SUBDIRECCION_POBLACIONAL.pdf
 - 600_TRD_SUBDIRECCION_JURIDICA.pdf
 - 800_TRD_SUBDIRECCION_DE_PLANEACION.pdf
- - INDICADORES





INFORME DE AUDITORÍA

JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 7 de 9

Imagen. Tables de retención subdirección planeación.

Alcaldía de Medellín Cuenta con vos ISVIMED		TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL									
		HOJA 9 DE 7									
CÓDIGO	SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES	RETENCIÓN ESTÁNDAR		TIPO DE FORMA		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTOS	
		AÑO	AC	P	M	S	T	E	MQ		
800.19	PROGRAMAS										
800.19.05	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD	1	19	X	X					X	
	- Caracterización (C) - Manual (M) - Políticas y Lineamientos (P) - Instructivo (I) - Plan (Pl.) - Registros (RPR) - Guía (GU) - Registros (Formato (F), Audio, Video, Físicos, Electrónicos, Informes) - Procesos - Protocolos - Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión Integral de la Calidad (F-GM-36) - Informe de auditoría interna de Calidad (F-GM-07) - Informe de Rendimiento de Auditorías Internas de Calidad (F-GM-28) - Informe de Evaluación de Desempeño de Auditorías Internas de Calidad (F-GM-08) - Lista de Chequeo para Auditorías Internas de Calidad (F-GM-05) - Programa de Auditorías Internas de Calidad (F-GM-06)										
CONVENIOS AG: Archivo de Gestión P: Papel AD: Archivo Digital M: Medio Electrónico CT: Conservación Total E: Eliminación MO: Microfilmación u otro soporte											
OCDEAR AUGUSTO GASTÓN JUANAMILLO Subdirector Administrativo y Financiero Fecha de Aprobación: 06 de febrero de 2017											

Y luego de revisar las observaciones se detecta el registro “ficha de seguimiento legal”, no está legalizado en el sistema de gestión como un formato y el registros “Matriz de aspectos e impactos”, existencia de dos registros, uno en SIFI y otro en el SharePoint de la subdirección de planeación con datos diferentes afectando el control de datos.

Basados en el análisis, la observación continua, puesto que el control de registros debe estar claramente definido y no debe generarse controversias o dudas las rutas de archivo de estos, pues hay evidencias en SIFI y/o sharepoint. Y de acuerdo esta aclaración se ajusta la observación No.3.

Detalle de resultados:

Observación No. 1	Tipo:	Conforme ()	No Conforme (X)
	Criterio:	Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, Decreto 1076, ISO 45001:2018, Decreto 1072, Resolución 0312.	
	Condición:	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría Interna Sistema de Gestión Integral: Para la vigencia 2025 no se evidencia ejecución de auditoría interna para los sistemas de gestión ambiental – SGA- y seguridad y salud en el trabajo – SGSSST -, los cuales son requisito de la norma y de ley de aplicar de manera periódica. No garantiza una evaluación y revisión que los requisitos normativos se cumplan en Isvimed. 	
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()	No Efectivo (x)
	Causa:	Basados en la condición, no se cumplen con los procedimientos internos definidos para auditoría interna.	
	Medición de la Gestión: (Procesos, recursos)	Eficiente ()	No Eficiente (x)
	Consecuencia:	No se puede validar el cumplimiento de los sistemas de gestión. Y así mismo, esta situación no garantiza que la dirección tome decisiones de manera oportuna y pertinentes basados en los resultados de las auditorias de los SGI.	



INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 8 de 9

Observación No. 2		De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es Moderado , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que se cuenta con una auditoria general del procesos responsable del sistema y el impacto es MEDIO toda vez que se evidencia requisitos documentados y en implementación.					
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (x)	Bajo ()		
	Recomendaciones:	Realizar auditoría interna al sistema de gestión ambiental y SST, con personal que cumpla con el perfil para dicho ejercicio.					
	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()			
	Criterio:	Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:22015, Decreto 1076, ISO 45001:2018, Decreto 1072, Resolución 0312.					
	Condición:	<ul style="list-style-type: none"> Revisión por la dirección y seguimientos a la gestión: Se evidencia el registro de revisión por la dirección vigencia 2024 enfocada para el sistema de gestión calidad, mas no para ambiental y SST, el cual es requerimiento normativo. Y así mismo no se identifica que se analicen todos los elementos de entrada, es decir, no se evidencia reporte de todas las partes interesadas, reporte de producto y servicio no conforme. No se evidencia normograma con una metodología integral de evaluación de cumplimiento de la legislación aplicable para los sistemas de gestión. No se evidencia reporte de seguimiento del cumplimiento de las partes interesadas como del DOFA. 					
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)			
	Causa:	Basados en la condición, no se cumplen con los procedimientos internos definidos para auditoría interna.					
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente ()		No Eficiente (x)			
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es MODERADO , debido a que la probabilidad es MEDIA puesto que existe seguimientos de planes e indicadores, evaluación de la ARL y el impacto es MODERADO ya que los reportes por tercero informan cumplimiento.					
Observación No. 3	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()		
	Recomendaciones:	Identificar los requisitos de reporte para una revisión por la dirección o rendición de cuenta de cada sistema de gestión para que el informe cuente con todos estos elementos. Identificar los requisitos de la norma de los ítems que solicita seguimiento periódicos para que estos se apliquen y se actualicen las acciones o actividades.					
	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()			
	Criterio:	Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:22015, Decreto 1076, ISO 45001:2018, Decreto 1072, Resolución 0312.					



 Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small>	INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: F-GEI-04 VERSIÓN: 12 FECHA: 16/10/2024 PÁGINA: 9 de 9
---	--	--

	Condición:	Control Documental: Se evidencia que el sistema institucional SIFI no se encuentran los registros actualizados como son: informes de auditorías, informe de revisión por la dirección. Puesto que el control de registros debe estar claramente definido y no debe generarse controversias o dudas las rutas de archivo de estos, pues hay evidencias en SIFI y/o sharepoint.			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición, no se cumplen con los procedimientos internos definidos para auditoría interna.			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente ()		No Eficiente (x)	
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es MODERADO , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que estos se encuentra en el SharePoint de cada responsable y el impacto es MEDIO toda vez que se cuenta con copias de seguridad y para consulta.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()
	Recomendaciones:	Revisar el control documental y de registros para que se encuentren disponibles de consulta.			
Oportunidades de Mejora:		<ul style="list-style-type: none"> Analizar y evaluar en mecanismos de integrar en temas transversales los sistemas de gestión para así optimizar recursos y mejorar la gestión. Analizar los resultados de las autoevaluaciones de SST contra los requisitos de las normas, puesto que los resultados reflejan un cumplimiento al 100% y basados en esta evaluación no se ha realizado auditoría interna. 			
Aspectos por resaltar:		<ul style="list-style-type: none"> Contar con herramientas como el SIFI y el SharePoint para la administración de la gestión documental. 			
Conclusiones:		<ul style="list-style-type: none"> Se concluye que Isvimed cuenta con sistemas de gestión implementados y mantenidos en un 70% y con oportunidades mejoramiento continuo en un 30% basados en el papel de trabajo desarrollado por la JOCI. 			

Cordialmente,



HÉCTOR FRANCISCO PRECIADO
Jefe de Oficina de Control Interno
Jefatura de Oficina de Control Interno
Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED

 Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo <i>Contratista de apoyo JOCI</i>	 Aprobó	Héctor Francisco Preciado <i>Jefe Oficina de Control Interno</i>	 Revisó	Héctor Francisco Preciado <i>Jefe Oficina de Control Interno</i>
---	---	--	---	--	---

