



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

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 1 de 15

GENERALIDADES

Lugar y fecha de emisión:	Medellín, 10 de marzo de 2025
Destinatario del informe:	Responsable directo: Dirección y Subdirección de Planeación Otros responsables: Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Jurídica, Subdirección de dotación, Subdirección Poblacional.
Nombre del informe:	Evaluación Institucional
Tipo de informe:	<input type="checkbox"/> Preliminar <input checked="" type="checkbox"/> 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 para vigencia 2024, 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:	Aumentar a 95 puntos el Índice de Desempeño de la política de Integridad del MIPG para el año 2027.
Dimensión – Política MIPG:	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión No. 2 Direccionamiento Estratégico y Planeación, y en sus tres (3) políticas Planeación institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público y Compras y Contratación Pública • 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):	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 para vigencia 2024, 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.
Alcance del informe:	Análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias del 2do semestre 2024. Publicación de planes institucionales vigencia 2025 aprobados.





<p>Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):</p>	<p>Luego de comunicado el informe preliminar, la dirección envió por medio de correo electrónico la información de los acuerdo de gestión la cual fue compartida durante el desarrollo de la auditoría, por tanto el equipo auditor realiza una revisión general de esta y se plasma en el ítem de resumen ejecutivo del presente informe.</p> <p>Y respecto al reporte de planeación estratégica la subdirección de planeación aclara que este tema esta definido desde el plan de acción.</p> <p>Sin embargo el plan de mejoramiento institucional del tema de evaluación en este informe no fue compartido, y la subdirección de planeación informa que no se realizó el trámite de aprobación.</p>														
<p>Equipo auditor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Héctor Francisco Preciado – jefe de Oficina de Control Interno. • Catalina Vásquez Restrepo – Contratista de apoyo de la JOCI. 														
<p>Muestra de auditoría:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se analiza la información cargada y existente en el módulo SMO del SIFI • Se analiza la información compartida por la Subdirección de planeación. • Se consulta el documento existente en el SIFI en el módulo de calidad como en la página web de la entidad en el módulo de transparencia. 														
<p>Metodología y procedimientos aplicados:</p>	<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 auditoria. 														
<p>Resumen ejecutivo:</p>	<p>El propósito principal de esta auditoría es evaluar la planeación y ejecución de la planeación de la entidad desde sus diferentes frentes, que los resultados de estos reflejan el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, y de acuerdo con esto el equipo auditor evaluó:</p> <p>1. Cierre del plan estratégico institucional 2024.</p> <p>Se consultó en la plataforma SIFI el PL-GE-01 Plan Estratégico Institucional V2 del 15.10.2024 vigencia 2024-2027. El cual se desarrolla basado en el PEHMED e describe que este plan da cumplimiento al Plan de Desarrollo y a su vez al Plan de Indicativo y Plan de Acción. No se evidencia anexos que relacionen la definición de acciones para el logro de las metas de los proyectos, programas y/o planes en este documento. Así mismo, se recomienda que exista una articulación clara y específica que faciliten la planeación de recursos y monitoreos de estos.</p> <p>En este plan estratégico no se evidencian identificadas las necesidades y expectativas de los grupos de valor y grupos de interés, ni definidas las acciones para el logro de estas, las cuales deben estar articuladas con el PEHMED y Plan de Desarrollo.</p> <p>Por ende, no se evidencia informes que reporten los avances del plan institucional de la vigencia 2024. El quipo auditor no observa esto en la información compartida ni en los registros consultados en SIFI del proceso de Gestión Estratégica.</p> <p>1.1 Plan indicativo, plan de acción y POAI vigencia 2024.</p> <p>El equipo auditor elaboró papel de trabajo basado en la información compartida por la subdirección de planeación, y concluye el siguiente resumen:</p> <p>Tabla No. 1. Resumen resultados plan de acción, POAI y plan Indicativo.</p> <table border="1" data-bbox="618 1776 1591 1856"> <thead> <tr> <th>PROGRAMA</th> <th>PROYECTO</th> <th>POAI</th> <th>INDICADOR</th> <th>METAS 2DO SEM</th> <th>META ANUAL 2024</th> <th>META 2024-2027</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	PROGRAMA	PROYECTO	POAI	INDICADOR	METAS 2DO SEM	META ANUAL 2024	META 2024-2027							
PROGRAMA	PROYECTO	POAI	INDICADOR	METAS 2DO SEM	META ANUAL 2024	META 2024-2027									





	ACCESO A VIVIENDA EN CONDICIONES DIGNAS PARA TODOS	Desarrollo de estrategias para la adquisición de vivienda en condiciones dignas en Medellín	96,76%	4.2.1.1 Asistencia técnicas de acompañamiento social realizadas viviendas:	123,00%	207,20%	51,80%
				4.2.1.2 Hogares beneficiados con subsidio distrital para la adquisición de vivienda	39,50%	54,50%	8,20%
	MEJORAMIENTO INTEGRAL DE BARRIOS	Mejoramiento de las condiciones habitacionales de las familias en Medellín	82,71%	4.2.2.2 Hogares beneficiados con subsidio distrital para mejoramiento de vivienda	74,70%	74,70%	5,40%
				4.2.2.3 Hogares beneficiados mediante resoluciones de reconocimiento de edificaciones	56,40%	100,00%	20,50%
				4.2.2.1 Bienes fiscales saneados y titulados	94,03%	104,00%	116,00%
	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DISTRITAL HABITACIONAL	Fortalecimiento del Sistema Distrital Habitacional con visión urbano-regional	93,06%	4.2.3.1 Sesiones del Consejo Distrital Consultivo Distrital de Política Habitacional realizadas			16,70%
	ASISTENCIA INTEGRAL, REGULACIÓN Y CONTROL AL INQUILINATO.	Asistencia social e integral a los inquilinatos en Medellín	N.A	4.2.4.1 Inquilinatos acompañados socialmente	101,00%	101,00%	25,30%
		24PP99 - Mejoramiento de vivienda	100,00%	V44AA Vivienda de Interés Social mejoradas-comuna 2	100,00%	100,00%	





			IV44AB Vivienda de Interés Social mejoradas-comuna 3	100,00%	100,00%	
			IV44AC Vivienda de Interés Social mejoradas-comuna 4	100,00%	100,00%	
			IV44AD Vivienda de Interés Social mejoradas-comuna 16	100,00%	100,00%	

De lo anterior, se evidencia que las metas programadas para la vigencia 2024 fueron cumplidas, que es necesario analizar y tomar acciones para avanzar en las metas del cuatrienio.

Se observó que se realiza seguimiento a las metas en las reuniones de equipos primarios de la dirección y principalmente en las reuniones mensuales del POAI, y en esta última no participa la directora. No se evidencia reporte de las metas del plan institucional, plan de indicativo, plan de acción, POAI, ni de la ejecución presupuestal en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Este hallazgo ya había sido reportado en la auditoría anterior comunicado por la JOCI. Observación que ha sido asumida por la alta dirección, riesgo materializado, al no dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 102/2023, artículo 2 / 2.1 /2.1.1.

El equipo auditor no evidencia en las actas del comité de gestión y desempeño, en específico en el acta No.6 de diciembre ni en el acta de No. 1 de enero un reporte de cierre del plan estratégico, plan de acción, POAI vigencia 2024 ni una aprobación de las metas del plan estratégico, plan de acción y POAI 2025. Lo descrito en el acta No. 6 fueron orientación de planeación y en el acta No. 1 fue la aprobación de documentos.

Imagen 1. Pantallazo acta No. 6 de 2024.

ORDEN DEL DÍA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación del quorum. 2. Política de racionalización de trámites. 3. Planeación vigencia 2025. 4. Propositiones y varios.
DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Imagen 2. Pantallazo No. 1 de 2025.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 5 de 15



ORDEN DEL DÍA

1. Verificación del quorum.
2. Aprobación de Planeación vigencia 2025- Planes tácticos por dependencia y Planes MIPG
3. Proposiciones y varios.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Analizar la pertinencia de referenciar en las actas del comité institucional de gestión y desempeño las actas de los equipos primarios en los que conste el seguimiento que se le realiza a los objetivos, metas y presupuesto. Tener en cuenta que es pertinente que en estos espacios exista la participación de la dirección.

Al revisar las actas del comité institucional de gestión y desempeño, se evidencia que el acta No. 6 del mes de diciembre del 2024, fue firmada como secretario de la reunión por la líder de MIPG y sistemas integrados de gestión, cuando la Resolución 102/2023, artículo 2 / 2.1 /parágrafo 1 “El subdirector de planeación ejercerá la función de secretario del comité y será responsable de elaborar las actas derivadas de cada reunión. Esta debió ser firmada por la subdirectora encargada como lo establece la Resolución 1301 de octubre de 2025 y el acto de notificación. Debido a que esta se reporta como ausente, se debió asignar un secretario que sea integrante del comité según resolución o en su defecto este rol lo asume la misma directora, puesto que la líder de MIPG es una invitada y puede cumplir el rol de Redactor y transcriptor como lo está definido en la parte inferior del formato de acta F-GM-19 versión 09 de 20/04/2020. También se evidencia el acta No. 1 de 2025 la misma situación.

Imagen 2. Pantallazo acta No. 6. Del 2024.

 Alcaldía de Medellín ISVIMED <small>Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</small>	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: F-GM-19
		VERSIÓN: 09
		FECHA: 20/04/2020
		PAGINA: 18 de 18

Presidente o coordinador de la Reunión	Secretario de la Reunión
 Valentina Aguilar Ramírez Directora	 Carolina Martínez Cano Líder del MIPG y Sistemas Integrados de Gestión

Anexos:

- Anexo 1- Presentación.
- Anexo 2- Registro de asistencia

Imagen 4. Pantallazo acta No. 1 del 2025.





N.A. N.A. N.A.

Convocatoria (Fecha, lugar y hora de la próxima reunión): 26 de marzo, sala de juntas megacentro.

Presidente o coordinador de la Reunión	Secretario de la Reunión
<p>Valentina Aguilar Ramírez Directora</p>	 <p>Carolina Martínez Cano Líder del MIPG y Sistemas Integrados de Gestión</p>

Anexos:

- Anexo 1- Presentación.
- Anexo 2- Registro de asistencia

1.2 Plan MIPG y plan MECI vigencia 2024.

De acuerdo con el registro consultado en el SIFI/SMO del plan MECI vigencia 2024, se observó un cumplimiento de este en un 81%, es decir, de las 32 actividades programadas se cerraron 26 de estas, “en proceso reportaron” 2 actividades y 4 clasificadas como “se adelantará en el 2025” del componente evaluación de riesgos.

Se observa el plan MECI vigencia 2025 en el módulo SIFI/Calidad/Gestión de mejora continua/planes. Del cual se programan 25 actividades. De las 4 actividades clasificadas “se adelantará en el 2025” no se evidenció la siguiente actividad “Incluir riesgo de fuga de capital intelectual en la matriz de riesgo de TH y gestionar la implementación de medidas y controles en alineación con los lineamientos de la Política GESCO + I del MIPG” programada en la vigencia 2025.

1.3 Sistema de Control Interno 2024.

La jefatura de control interno JOCI comunica el informe definitivo por medio del memorando No. 48 del 11.02.2025 con resultados conformes y riesgo nivel bajo.

Y basados en el papel de trabajo “Formato-informe-sci-parametrizado-final”, los resultados de avance para la vigencia del 2024 fueron:

Componente	Nivel cumplimiento 2024	Nivel cumplimiento anterior (2023)	Nivel de avance
Ambiente de control	98%	90%	8%
Evaluación de riesgos	94%	94%	0%
Actividades de control	96%	96%	0%
Información y comunicación	89%	86%	3%
Monitoreo	93%	93%	0%
Promedio total	94%	92%	2%

Como resultado final el ISVIMED avanzó de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 un 2%, es decir, se encuentra en un cumplimiento del 94%.

Es relevante evaluar las acciones de mejora del componente información y comunicación para mejorar en la implementación de requerimientos normativos y a su vez el desempeño institucional.





2. Estado de avance de los planes de mejoramiento 2024.

Los planes de mejoramiento son la herramienta con la que cuenta la entidad para identificar las causas raíz de los hallazgos de las auditorías internas de la JOCI y externas por los entes de control y reportados en los informes definitivos comunicado de manera oficial por estos, y así establecer acciones de mejoramiento que eliminen dichas causas y mejora el desempeño institucional y prevenir materialización de riesgos.

La JOCI tiene como responsabilidad realizar seguimiento y monitorear el avance y cumplimiento de las acciones planteadas en los planes, y se realizan por medio de auditorías específicas de manare semestral, y como resultados se observa:

2.1 Plan mejoramiento institucional 2024.

La jefatura de control interno JOCI comunicó el informe definitivo bajo el memorando No. 62 del 24.02.2025, y en dicho informe se concluyó:

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 CM.

Se reitera la necesidad de realizar seguimientos periódicos por autocontrol por parte de los responsables de las acciones, así como, de la alta dirección para garantizar el cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento y el objetivo propuesto dentro de los términos proyectados.

En total quedaron abiertas quince (15) acciones, las cuales en su mayoría tienen fecha de vencimiento en el segundo semestre de 2024.

2.2 Plan de Mejoramiento Contraloría 2024.

Referente al plan de mejora de la Contraloría Distrital de Medellín, la JOCI entregó informe definitivo bajo el memorando No. 42 del 11.02.2025, y del cual se concluyó:

Una vez realizado el seguimiento sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones formuladas e implementadas para cada uno de los hallazgos originados en los informes de las auditorías realizadas por la Contraloría Distrital de Medellín, el equipo JOCI considera que la entidad podría alcanzar el cierre de veinticuatro (24) hallazgos y treinta y tres (33) acciones de mejoramiento de acuerdo con las evidencias y seguimientos aportados por la primera línea de defensa de la entidad, siempre y cuando la evaluación sea de manera general por parte del ente de control sin tener en cuenta fechas de cumplimiento de la acción y del objetivo, de lo contrario y de acuerdo al segundo panorama tratado en el informe se podría alcanzar el cierre de veinte (20) hallazgos.

3. Planeación de la planeación estratégica 2025.

Basados en el Manual MIPG V6 en la dimensión No. 2 Direccionamiento Estratégico y Planeación, y en sus tres (3) políticas Planeación institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público y Compras y Contratación Pública describe el propósito de esto y los planes de acción relacionados, es decir, deben tomar en cuenta lo previsto en la Ley 152 de 1994, y en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, en el que se establece que debe especificar en él los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión; así mismo,





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 8 de 15

deber incluir tanto los aspectos relacionados con el componente misional como con los relacionados con los planes de que trata el Decreto 612 de 2018.

DIMENSIÓN MIPG V6	DECRETO 612/2018 ARTÍCULO 1.	PLANES ISVIMED (acta No. 1 2025)	WEB ISVIMED – TRANSPA.	SIFI – CALIDAD/PLANES
1. Plan Institucional de Archivos (PINAR)	1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR	Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR	PL-GD-01 Plan institucional de archivos 2025	PL-GD-01 - PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS-PINAR
2. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	PL-GH-03 Plan del SG-SST 2025	PL-GH-03 - PLAN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3. Plan Anual de Adquisiciones	2. Plan Anual de Adquisiciones	Plan Anual de Adquisiciones	Resolución del Plan Anual de Adquisiciones 2025	
4. Plan Anual de Vacantes	3. Plan Anual de Vacantes	Plan Anual de Vacantes	PL-GH-04 Plan anual de vacantes 2025	PL-GH-04 - PLAN ANUAL DE VACANTES
5. Plan de Previsión de Recursos Humanos	4. Plan de Previsión de Recursos Humanos	Plan de Previsión de Recursos Humanos	PL-GH-05 Plan de previsión de recursos humanos 2025	PL-GH-05 - PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS
6. Plan Estratégico de Recursos Humanos	5. Plan Estratégico de Talento Humano	Plan Estratégico de Talento Humano	PL-GH-07 Plan estratégico de Talento Humano 2025	PL-GH-07 - PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO
7. Plan Institucional de Capacitación	6. Plan Institucional de Capacitación	Plan Institucional de Capacitación	PL-GH-02 Plan institucional de capacitación 2025	PL-GH-02 - PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION-PIC
8. Plan de Incentivos Institucionales	7. Plan de Incentivos Institucionales	Plan de Incentivos Institucionales	PL-GH-06 Plan de bienestar social e incentivos 2025	PL-GH-06 - PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	PR-GM-03 Programa de transparencia y ética pública Isvimed	PR-GM-03 - PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA ISVIMED
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI)	10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	PL-GT-03 Plan estratégico de tecnologías de la información PETI 2025 2027	PL-GT-03 - PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	PL-GT-04 Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información vigencia 2025	PL-GT-04 - PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	PL-GT-05 Plan de seguridad y privacidad de la información vigencia 2025	PL-GT-05 - PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN
13. Programa Anual Mensualizado de Caja -PAC			Plan Anual de Caja PAC	
14. Plan Institucional Ambiental PIGA u otros que se consideren pertinentes.				PL-GM-03 - PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL PL-GM-04 - PLAN DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS - PMIRS
15.				PL-GI-01 - PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS
16.				PL-GT-01 - PLAN DE CONTINGENCIA INFORMÁTICA
17.				PL-GT-02 - PLAN DE USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

18.				PL-GT-06 - PLAN DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN
19.				PL-GT-07 - PLAN DE MANTENIMIENTO DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS
20.				PL-GH-01 - PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS
21.				PL-GD-02 - PLAN DE CONSERVACION DOCUMENTAL
22.				PL-GD-03 - PLAN DE CONTINGENCIA DE ARCHIVO
23.				PL-GD-04 - PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL
24.				PL-GC-01 - PLAN DE COMUNICACIONES
25.				PL-GE-01 - PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2024-2027
26.				PL-GE-03 - PLAN DE ACCION ANUAL
27.				PL-GE-05 - PLAN DE APERTURA DE DATOS
28.				PLAN ESTRATÉGICO HABITACIONAL DE MEDELLÍN - PEHMED 2030
29.				PL-GM-01 - PLAN DE MANTENIMIENTO DEL SGC
30.		Plan MECI	PL-GM-02 Plan MECI 2025	PL-GM-02 - PLAN PARA EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO-MECI.
31.		Plan de acción anual.	PL-GE-03 Plan de Acción anual 2025	
32.		Planes tácticos por dependencia (5)		
33.			Plan anual de auditoria control interno 2025	
34.	Plan de austeridad en el gasto público.			

Como se puede observar de la tabla anterior, la entidad cuenta con 34 planes institucionales, en los que se establecen estrategias y acciones de trabajo para el logro de los objetivos y metas. Es relevante que el CIGD monitoree los avances de esta planeación para que pueda tomar decisiones y acciones de manera oportuna, como lo recomienda el manual del MIPG en la Dimensión Evaluación de Resultados 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional:

- Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades
- Evaluar el logro de los resultados
- Evaluar la gestión del riesgo en la entidad
- Evaluar la percepción de los grupos de valor
- Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación
- Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua

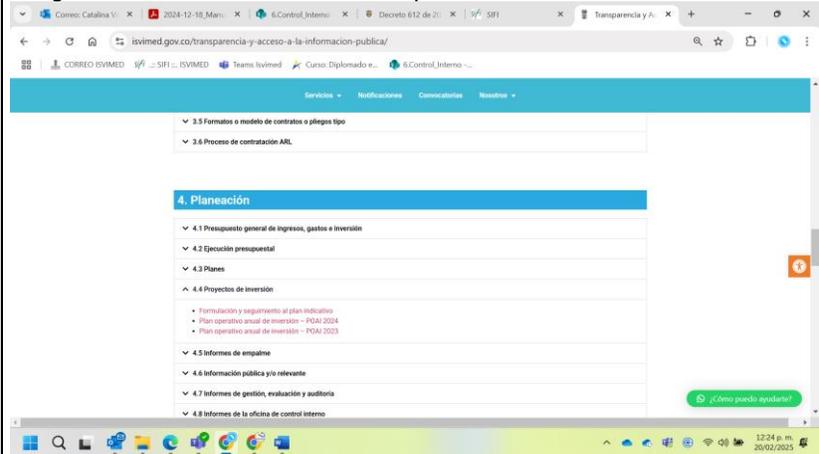
Se evidencia diferencia entre los nombres definitivos entre el SIFI vs página web vs acta del CIGD en el cual fueron aprobados.

No se evidencia el POAI 2025 publicado en página web, ni evidencia de aprobación de este.





Imagen. Pantallazo web Isvimed/transparencia.



4. Plan de mejora del informe de auditoría de dependencias 1er semestre 2024.

La JOCI tiene la responsabilidad de realiza este informe de ley de manera semestral, con el propósito de validar el desempeño de la entidad en sus diferentes frentes de trabajo.

El pasado informe comunicado del primer semestre 2024 fue 12.09.2024 con el memorando No. 498 y del cual se reportaron 9 observaciones y 8 recomendaciones de las cuales no se comunicó de manera formal el plan de mejora, lo anterior, da a entender que la alta dirección asume los riesgos materializados.

Observación No.	Condición General	Seguimiento JOCI
1	Se observa no conforme la planeación institucional, Diferencias de metas.	Situación mejorada.
2	Para esta vigencia 2024 solo 1 indicador de 9 ha cumplido con la meta y para el cuatrienio ningún indicador cumple metas.	Situación mejorada.
3	Se observa que el cumplimiento por Programa Fortalecimiento institucional del sistema Distrital Habitacional y Asistencia integral según Plan de desarrollo, el avance es cero (0)	Situación mejorada.
4	Programa de mejoramiento con una ejecución presupuestal del 42,74% y el cual tiene un cumplimiento de meta del 0%.	Continúa.
5	Plan indicativo PI, plan acción PA y POAI está definido en el documento Plan de acción PL-GE-01 no fueron tratados en este 1er semestre del 2024 en CIGD	Continúa.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

6	Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño compartidas no se encuentra firmadas por la dirección	Continúa.
7	El Plan Estratégico Institucional, requerimiento solicitado y del que no se compartió, por lo que no se validó el planteamiento y seguimiento periódico para esta vigencia 2024.	Por mejorar.
8	El plan de mejora institucional PMI, se observa que el riesgo pasa de calificación moderado y efectivo a riesgo nivel alto y no efectivo	Por mejorar.
9	Se observa no conforme el desarrollo de los acuerdos de gestión del gerente público y de los objetivos de desempeño de los funcionarios	Continúa.

5. Evaluación del desempeño del equipo directivo.

Teniendo en cuenta el correo enviado por la asesora de la dirección, respecto al informe preliminar y que la información si fue enviada al jefe de la JOCI. El equipo realiza una revisión de lo enviado y consulta los memorandos compartidos.

- mediante el memorando 132-2024. se realizaron las concertaciones de la vigencia 2024
- mediante el memorando 476 de 2024, se realizó remisión concertación de objetivos pendientes del personal a cargo
- mediante el memorando 6-2025, se realizó remisión seguimiento primer semestre 2024 evaluaciones de desempeño y acuerdos de gestión

Se elabora el siguiente resumen:

CARGO	MEMORANDO No. 132, 20/03/2024	MEMORANDO No. 476, 27/08/2024	MEMORANDO No. 6
Asesora Karina Urzola	concertación evaluación objetivos 2024 asesora Karina Urzola		evaluaciones de desempeño asesora Karina Urzola
Asesora Subdirección Administrativa y Financiera Marisol García	concertación evaluación objetivos 2024 asesora Marisol García	concertación subdirectora Marisol	acuerdos gestión Marisol García
Subdirector Financiero Esteban Ramírez	concertación acuerdos 2024 subdirector financiero Esteban Ramírez		
Subdirección Jurídica Diego Marín	concertación acuerdos 2024 subdirección jurídica Diego Marín		acuerdos gestión subdirector Diego Marín
Subdirectora Poblacional Catalina Colorado	concertación acuerdos subdirectora poblacional Catalina Colorado		concertación subdirectora Catalina Colorado





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 12 de 15

Subdirección Planeación	concertación acuerdos 2024 subdirección planeación Ana Carolina Aristizábal	concertación subdirectora planeación carolina Aristizábal
Subdirección Dotación	de Ana Carolina Aristizábal	
Subdirector Dotación	de concertación acuerdos 2024 Alejandro Restrepo	acuerdos gestión Alejandro Restrepo
Alejandro Restrepo		
Asesora		concertación asesora María Carolina Rendón
María Carolina Rendón		
Asesora		concertación asesora Pilar Aragón
Pilar Aragón		
Subdirector Jurídico		acuerdos gestión Alejandro Dangond
Alejandro Dangond		

Y de lo anterior se concluye que no se evidencia:

1. Seguimiento del 2do semestre 2024 ni de acuerdos ni de evaluación de objetivos.
2. No se evidencia concertación de acuerdo de gestión del subdirector de planeación Julián Henao.
3. No se evidencia concertación de acuerdo de gestión de la subdirectora de dotación Ana Carolina Aristizábal, debido a cambio de subdirección.
4. En los registros de seguimiento del primer semestre 2024 solo se evidencia calificación mas no descripción que lo motivan.
5. No se evidencia concertación de acuerdos de gestión y objetivos de evaluación para la vigencia 2025.

Se consulta en SIFI/SMO el indicador “EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LOS GERENTES PÚBLICOS”

Periodo 2025

Mes	ACUERDOS DE GESTIÓN CUMPLIDOS EN TIEMPO Y RECURSOS ASIGNADOS	ACUERDOS DE GESTIÓN FIRMADOS	Resultado	Análisis
ENERO	1.0	1.0	100.0 %	EN FEBRERO SE SOLICITARA A LA DIRECCION GENERAL LA FORMULACION DE ACUERDOS DE GESTION CON LOS GERENTES PUBLICOS PARA LA VIGENCIA 2025. LO ANTERIOR DE ACERDO AL NUEVO MODELO DE GERENCIA PUBLICA Y ACUERDOS DE GESTION: HACIA LA GERENCIA PUBLICA 4.0 - CIRCULAR EXTERNA ACUERDOS DE GESTION User Actualiza: - Fecha Actualizacion: 2025-02-03 14:36:24

Periodo 2024

Mes	ACUERDOS DE GESTIÓN CUMPLIDOS EN TIEMPO Y RECURSOS ASIGNADOS	ACUERDOS DE GESTIÓN FIRMADOS	Resultado	Análisis
DICIEMBRE	5.0	5.0	100.0 %	PARA LA VIGENCIA 2024, SE REALIZARON LOS ACUERDOS DE GESTIÓN POR PARTE DE LA DIRECTORA VALENTINA AGUILAR A UN TOTAL DE CINCO GERENTES PÚBLICOS, DICHO ACUERDOS FUERON ENTREGADOS DE MANERA DIGITAL Y REPOSAN EN TALENTO HUMANO: SUBDIRECTOR PLANEACIÓN JULIAN HENAO ZAPATA, SUBDIRECTORA POBLACIONAL CATALINA COLORADO MESA, SUBDIRECTOR JURIDICO ALEJANDRO DANGOND Saldarraga, SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA MARISOL GARCIA OSPINA, SUBDIRECTORA DE DOTACIÓN DE VIVIENDA Y HABITAT ANA CAROLINA ARISTIZABAL VILLA - TANTO LA EVALUACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES COMO LA VALORACIÓN DE COMPETENCIAS TUVO UN PUNTAJE FAVORABLE PARA CADA UNO DE LOS GERENTES EVALUADOS. LA EVIDENCIAS REPOSAN EN EL ARCHIVO DE TALENTO HUMANO User Actualiza: - Fecha Actualizacion: 2024-12-27 11:00:02

No se evidencia coherencia entre lo reportado por el área de gestión humana en la descripción del indicador con relación a la información compartida por la dirección. Se recomienda realizar un informe del estado de la gestión de estos acuerdos, para así facilitar la trazabilidad de esta y tomar acciones al respecto.





Detalle de resultados:					
Observación No. 1	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none"> P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V7 del 07/01/2019. Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021. Plan de acción 2024 PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024 Decreto 612 de 2018, Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado. Manual operativo del MIPG V5 que establece los lineamientos para aplicar las políticas de gestión y desempeño de las entidades. Resolución 102 del 17 de febrero del 2023, por medio del cual se deroga la resolución 003 del 2021, y se adopta el MIPG en el Isvimed. Manual MIPG, V6. 			
	Condición:	Basados en la información consultada por el equipo auditor, Isvimed para la vigencia 2024 ha cumplido las metas planteadas, de 11 indicadores definidos en el plan de acción e indicativo relacionados con el plan de desarrollo, solo se evidencia el indicador 4.2.1.2 Hogares beneficiados con subsidio distrital para la adquisición de vivienda con un cumplimiento del 54% y así mismo se evidencia cumplimiento de los recursos según los reportes del POAI.			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo (X)		No Efectivo ()	
	Causa:	Basados en la condición la entidad está aplicando los mecanismos de seguimiento plan acción y medición de los indicadores, como uno de los métodos establecidos de control aplicables para la primera línea de defensa.			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente (X)		No Eficiente ()	
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es bajo , debido a que la probabilidad es baja toda vez que se cuenta con seguimientos mensuales por parte de la subdirección de planeación y el impacto es menor toda vez que el incumplimiento es a causa de retrasos en planes de acción, no avanzan de acuerdo con lo esperado, pero no genera multas ni sanciones.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado ()	Bajo (X)
	Recomendaciones:	<ul style="list-style-type: none"> Es pertinente que se continúen realizando los monitoreos del cumplimiento de los objetivos y metas del plan de acción y POAI en los diferentes espacios definidos. Pero es relevante que en el comité institucional de gestión y desempeño se presente, analice y se tomen decisiones de los avances a los planes y se registre en las respectivas actas, puesto que este espacio es el oficial para este tema específica. 			
	Oportunidades de Mejora:	<ul style="list-style-type: none"> Como se reportó en el resumen de auditoría, se realizó identificación de 34 planes institucionales, de los cuales es pertinente que desde el equipo directivo desde el rol de la línea de defensa estratégica realicen los monitoreos necesarios para validar el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas y el impacto que estos generan a la entidad. Y así mismo la subdirección de planeación desde el rol de 2da línea estratégica realice seguimiento de avance 			





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

	<p>de los reportes que realicen la 1ra línea de defensa. Es importante que se cuenten con registros de estos seguimientos por parte de cada línea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validar de acuerdo con la normatividad los responsables de asistencia y firma de las actas de los diferentes comités, al evidenciar en esta actividad de auditorías novedades al respecto. • Realizar una verificación y ajuste la diferencia entre los nombres definitivos entre el SIFI vs página web vs acta del CIGD en el cual fueron aprobados. • Publicar en página web el POAI 2025, para dar cumplimiento a la gestión de transparencia y ética pública. • Es recomendable que se retomen las observaciones reportadas en el informe anterior para que definan acciones de mejora, puesto que se realiza un seguimiento por el equipo auditor y estos continúan presentando riesgos que afectan el desarrollo y la gestión de ISVIMED. • Es necesario que la alta dirección, los enlaces de control interno como los directos responsables de las observaciones establezcan y realicen el seguimiento respectivo de cada plan de mejoramiento de las auditorias de la JOCI como de los entes de control, con la finalidad de garantizar la mejora continua. • Es relevante evaluar las acciones de mejora del componente información y comunicación para mejorar en la implementación de requerimientos normativos y a su vez el desempeño institucional. • Evaluar la pertinencia de realizar un informe consolidado del estado de los acuerdos de gestión del equipo directivo para identificar y trazar en qué condiciones se encuentran estos. • Es recomendable que realicen una revisión del Plan Estratégico de la entidad para que se garantice la definición de estrategias, iniciativas, actividades, tareas coherentes con los proyectos, programas, planes, entre otros y así este alineados y claros a las metas y objetivos del PEHMED y el Plan de Desarrollo.
Aspectos por resaltar:	<ul style="list-style-type: none"> • Se resalta el monitoreo realizado al POAI y al plan de acción mensual, como el desarrollo respectivo de las actas de este tema.
Conclusiones:	<p>Basados en los reportes realizados por la subdirección de planeación sobre las metas programadas para la vigencia 2024 se observa un cumplimiento de estas para dicha vigencia, no obstante, es necesario que los resultados se analicen en el comité de Gestión y desempeño como instancia de participación y socialización del logro de los objetivos de acuerdo con la planeación institucional.</p> <p>Los seguimientos a las metas se están socializando y discutiendo en las reuniones de equipos primarios de la dirección y principalmente en las reuniones mensuales del POAI, comité este último donde no participa la directora, generando dificultades para la toma de decisiones por lo que para el equipo auditor el riesgo de cumplimiento se ha materializado, al no dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 102/2023, artículo 2 / 2.1 /2.1.1.</p>





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno de la Entidad avanzó de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 en un 2%, es decir, se encuentra en un cumplimiento del 94%. Lo que acercar la entidad al cumplimiento del objetivo estratégico que es “Aumentar a 95 puntos el Índice de Desempeño de la política de Integridad del MIPG para el año 2027”.

Es pertinente que desde la línea estratégica de la entidad se le realice los seguimientos periódicos a las acciones formuladas en los planes de mejoramiento que cuenta la entidad, para garantizar el cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento y el objetivo propuesto dentro de los términos proyectados.

La entidad cuenta con 34 planes institucionales, en los que se establecen estrategias y acciones de trabajo para el logro de los objetivos y metas. Es relevante que en el CIGD se les realice monitoreo y seguimiento a estos planes, en aras de fortalecer la gestión institucional.

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

