 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 12
		FECHA: 16/10/2024
		PÁGINA: 1 de 16

GENERALIDADES	
Lugar y fecha de emisión:	Medellín, 2 septiembre 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:	() Preliminar (X) Definitivo
Objetivo general del informe:	Evaluar la gestión de las dependencias del ISVIMED a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional para vigencia 2025, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados; atendiendo los lineamientos dados en la circular 04 de 2005 DAFF; 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 2025, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados; atendiendo los lineamientos dados en la circular 04 de 2005 del DAFF; 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 1er semestre 2025.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	No se presentaron limitaciones.
Equipo auditor:	<ul style="list-style-type: none"> • Héctor Francisco 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 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.



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>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> <ul style="list-style-type: none">• Plan estratégico institucional: <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 y describe que este plan da cumplimiento al Plan de Desarrollo y a su vez al Plan de Indicativo y Plan de Acción.</p> <p>Se revisa el documento <i>ANEXO_1_PLATAFORMA_ESTRATEGICA_ISVIMED_2021-2030.xlsx</i> cargado en SIFI /Calidad/mejoramiento continuo, el cual contiene: contexto, actores, misión, visión, valores, política integral, objetivos estratégicos y planeación institucional. Y de este se observa:</p> <ul style="list-style-type: none">• No hay registro de seguimiento semestral allí estipulado.• Las metas no son coherentes con las metas definidas.• Los indicadores allí definidos no se evidencian en SIFI /SMO, estos son: cumplimiento en la implementación de la política de gestión del riesgo, eficacia en la respuesta a los derechos de petición y otros no tienen el mismo nombre.• Las estrategias y las actividades allí plasmadas no son coherentes con lo definido en el plan táctico.• No asocia los programas o proyectos definidos para el plan de desarrollo y a su vez al plan indicativo, plan de acción y PEHMED.• No se evidencia seguimiento en los comités de gestión y desempeño ni equipos primarios de la planeación estratégica. <p>Por lo tanto, el equipo auditor no pudo validar el cumplimiento de cada objetivo ni de la planeación en general de la entidad.</p> <p>Y así mismo, esta situación no garantiza que la dirección tome decisiones de manera oportuna y pertinentes. Lo que conlleva a que los equipos de trabajo estén desarticulados.</p> <p>Se observa reiterativamente que las actas del comité de gestión y desempeño no son compartidas de manera oportuna debido a que no se encuentran firmadas, y esto no garantiza que las actas fueron revisadas dentro de los tiempos y a su vez también puede ocasionar quedarse sin firmas por las novedades de cambios del equipo de trabajo.</p> <p>Planes institucionales:</p> <p>Como lo informó el equipo auditor en el informe de auditoría anterior, que la entidad cuenta con 34 planes institucionales, no se evidenció monitoreo y control por parte del comité institucional de gestión y desempeño, ni por la 2da línea de defensa de avance y cumplimiento de estos, al no evidenciar informes de registros como actas que soporte el reporte respectivo.</p>

Es pertinente que articulen estos en el plan estratégico institucional 2024-2027, para así alinearlos con los objetivos y metas de Isvimed.

- **Plan indicativo, plan de acción y POAI vigencia 2025.**
El equipo auditor elaboró papel de trabajo basado en la información compartida por la subdirección de planeación, y concluye el siguiente resumen:

Tabla No. 1. Resumen resultados plan de acción, POAI y plan Indicativo.

PROGRAMA	PROYECTO	POAI	INDICADOR	METAS ANUAL 2024	METAS 1er SEM 2025	META ANUAL 2025	META 2024-2027
ACCESO A VIVIENDA EN CONDICIONES DIGNAS PARA TODOS	Desarrollo de estrategias para la adquisición de vivienda en condiciones dignas en Medellín	61,37%	4.2.1.1 Asistencia técnicas de acompañamiento social realizadas viviendas	207,20%	168,48%	168,48%	93,91%
			4.2.1.2 Hogares beneficiados con subsidio distrital para la adquisición de vivienda	54,50%	6,31%	6,31%	10,23%
			IV03AF Hogares beneficiados con arrendamiento de vivienda		83,38%	83,38%	NA
MEJORAMIENTO INTEGRAL DE BARRIOS	Mejoramiento de las condiciones habitacionales de las familias en Medellín	8,30%	4.2.2.1 Bienes fiscales saneados y titulados	116%	31,33%	31,33%	21,00%
			4.2.2.2 Hogares beneficiados con subsidio distrital para mejoramiento de vivienda	74,70%	23,26%	23,26%	13,20%
			4.2.2.3 Hogares beneficiados mediante resoluciones de reconocimiento de edificaciones	100%	20,50%	20,50%	26,05%
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DISTRITAL HABITACIONAL	Fortalecimiento del Sistema Distrital Habitacional con visión urbano-regional	77,28%	4.2.3.1 Sesiones del Consejo Consultivo Distrital de Política Habitacional realizadas	0%	50%	50%	33,33%





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 4 de 16

ASISTENCIA INTEGRAL, REGULACIÓN Y CONTROL AL INQUILINATO.	Asistencia social e integral a los inquilinatos en Medellín	44,12%	4.2.4.1 Inquilinatos acompañados socialmente	101%	252%	252%	88,25%
---	---	--------	--	------	------	------	--------

De lo anterior, se observa que las metas programadas para la vigencia 2025 a corte del 1er semestre solo se cumplen 2 indicadores de 7 programas, es decir, la entidad se encuentra en un cumplimiento del 28,7% para el plan de acción.

CUMPLIMIENTO 1ER SEM

28,57%

57,14%

14,29%

CUMPLIMIENTO CUATRIENIO

42,86%

28,57%

28,57%

Y para el caso de los dos indicadores de resultados, según plan indicativo fue:

- NUEVOS HOGARES QUE SUPERAN EL DÉFICIT CUANTITATIVO DE VIVIENDA:

1er sem 2025	Anual 2025	Cuatrenio
6,67%	6,67%	32,46%

Analizado el indicador se observa que la meta para el cuatrienio alcanza contando lo del 1er semestre un avance del 32.46%, cuando la meta proyectada para el plan de desarrollo es de 1.200, lo que equivale a que la fecha llevamos 409 soluciones de vivienda nueva entregada, lo cual requiere atención por parte de la alta dirección.

- NUEVOS HOGARES QUE SUPERAN EL DÉFICIT CUALITATIVO DE VIVIENDA:

1er sem 2025	Anual 2025	Cuatrenio
20,48%	20,48%	11,10%

En este indicador la entidad ha superada el déficit de vivienda en un 11.10 % ósea, con hogares que han sido beneficiados con el programa de mejoramiento de vivienda con un avance de 1.332 de acuerdo con lo establecido en el plan indicativo, y cuya meta es de 12.000 hogares.

Basados en estos datos, se evidencia que la entidad no está cumpliendo con las metas planteadas. Y no se observan ni en SIFI, ni en el registro plan de acción, ni en acta del comité de gestión y desempeño planteamiento de acciones para mejorar los resultados.





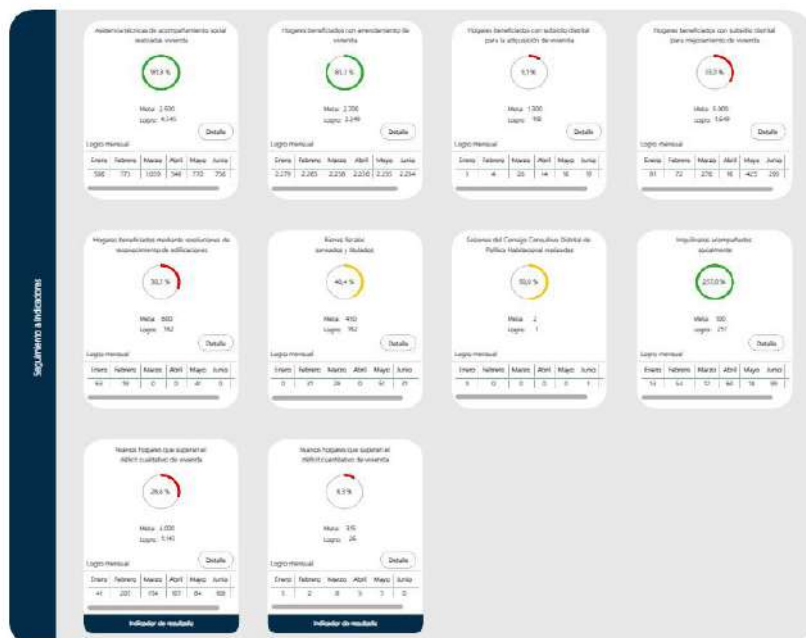
Así mismo el equipo auditor revisa el power BI del plan de acción gestionado por la subdirección de planeación y se observa el mecanismo de monitoreo realizado por estos:

Imagen. Pantallazo herramienta power BI.



El cumplimiento de avance del cuatrienio va en un 40% y del 1er semestre 2025 en un 53,43%, y en relación con el presupuesto asignado para el periodo 2025 se encuentra en un avance del 42, 37%

Imagen. Pantallazo herramienta power BI.



De las imágenes anteriores, se observa que se están cumpliendo 3 indicadores (acompañamiento social, arrendamiento de vivienda e inquilinatos) de 7 planteados en el plan de acción, puesto que arrendamiento temporal no hace parte del plan de desarrollo del distrito. Y los 2 indicadores de resultado no se están cumpliendo, en





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 6 de 16

avance es de 28, 6% hogares que superen el déficit cualitativo y 8.3% hogares que superen el déficit cuantitativo.

De la revisión y análisis de los indicadores realizado por el equipo auditor se concluye que no se está cumpliendo con los objetivos y metas planteadas por la entidad, y no se observan las decisiones o acciones tomadas por la alta dirección en ninguna de las herramientas existentes (SIFI/SMO, plan acción, plan táctico) ni en las actas de equipos primarios dirección ni del comité institucional de gestión y desempeño puesto que estas no fueron compartidas.

Se evidencia que, en las actas de equipo primario directivos, POAI y gestión institucional de gestión y desempeño no se plasman toma de acciones o decisiones en pro de la mejora de resultados.

Imagen. Pantallazo acta

Imagen. Pantallazo acta

Revisar el indicador de arrendamiento temporal, este debería ser decreciente, es disminuir los beneficiarios de arrendamiento y que estos cuenten con solución definitiva de vivienda o este se sustente.

Se revisan las fichas de los indicadores en SIFI y se detecta que estos **no relacionan los objetivos estratégicos institucional ni el programa del plan de desarrollo al que apunta**. Es relevante analizar la pertinencia de ajustar esta ficha.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

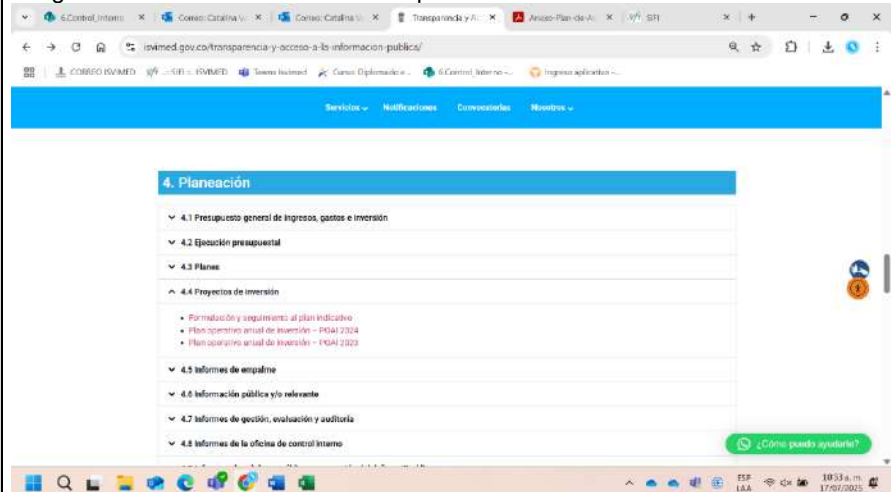
CÓDIGO: F-GEI-04
VERSIÓN: 12
FECHA: 16/10/2024
PÁGINA: 7 de 16

Imagen. Pantallazo herramienta SIFI.



- **Publicación POAI**
Continúa evidenciando sin publicar el POAI 2025 en página web, ni evidencia de aprobación de este.

Imagen. Pantallazo web Isvimed/transparencia.



Se observan las actas mes a mes de las reuniones primarias de seguimiento al POAI. Se evidencia el acta No.1 de enero 30 del 2025 en donde socializan y aprueban el POAI, y la cual está firmada como presidente de la reunión por una contratista, situación no avalada para realizar esta acción.

No se evidencia acciones y/o decisiones para mejorar los resultados de las mediciones, con el fin de mejorar y lograr las metas propuestas.

- **Planes tácticos por dependencia**
Basados en el archivo power BI de la subdirección de planeación el plan táctico de la entidad general va en un cumplimiento del 35,8% al corte de julio.

Imagen. Pantallazo herramienta power BI.





Se evidencia que estos planes despliegan son tareas propias de cada proceso y obligaciones de los contratos de contratistas. Y como se dijo anteriormente, no están alineado a los objetivos estratégicos. Lo anterior no asegura que se estén tomando acciones que apunten al logro de las objetivos y metas propuestas.

- **Sistema de Control Interno 2024.**

Basados en los resultados de avance para la vigencia del 2024 fueron del FURAG:

Imagen. Pantallazo FURAG.

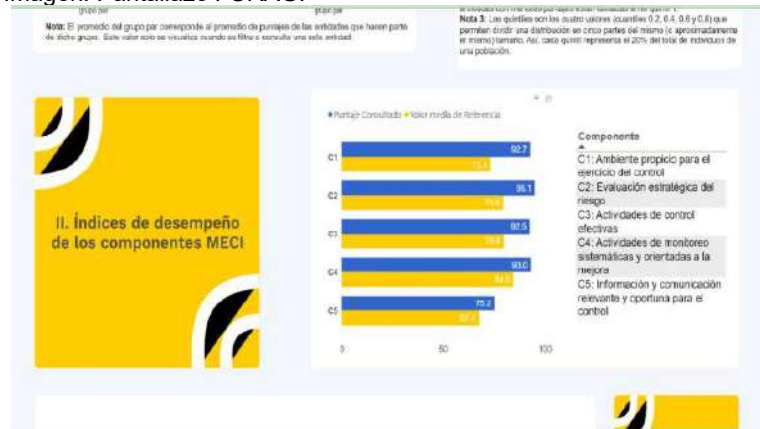


Tabla. Historial resultados.

Componente	Nivel de cumplimiento 2024	Nivel cumplimiento 2023	Nivel cumplimiento anterior (2022)	Nivel de avance
Ambiente de control	92,7%	98%	90%	-5,3%
Evaluación de riesgos	95,1%	94%	94%	1,1%
Actividades de control	92,5%	96%	96%	-3,5%
Información y comunicación	75,2%	89%	86%	-13,8%
Monitoreo	93%	93%	93%	0%
Promedio total	89,7	94%	92%	-4,3%

Como resultado final el ISVIMED decreció de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 un 4,3%, es decir, se encuentra en un cumplimiento del 89,7%. Esto debido a que se disminuye en los resultados de 3 componente, es decir,



	<p>ambiente de control, actividades de control e información y comunicación; esto requiere que la alta dirección tome acciones pertinentes para mejorar los resultados y en la gestión del Sistema de Control Interno de la entidad.</p> <ul style="list-style-type: none">Matriz de Riesgos: El equipo auditor evidencia la matriz de riesgos MATRIZ_DE_RIESGOS_GE_SEG_2DO_TRIM_2025, el cual contiene identificación de 11 riesgos, los cuales se observa que estos son los riesgos propios de la subdirección de planeación, y no se evidencian riesgos de la Dirección, responsable de los riesgos de los objetivos y metas estratégicas.Acuerdos de gestión: I-GH-01 - INSTRUCTIVO PARA DESARROLLO DE ACUERDOS DE GESTION, versión 7 del 10/10/2025. Estipula: 1. Concertar y formalizar el Acuerdo de Gestión: Dos (02) meses y hasta el 28 de febrero de cada año; 2. Realizar seguimiento y retroalimentación: Se realiza dos veces al año (mayo y octubre) y se tiene un mes para realizar la actividad; 3. Valorar competencias: Se realiza máximo tres meses después de finalizada la vigencia (marzo de cada año); 4. Establecer plan de mejoramiento: Se realiza máximo tres meses después de finalizada la vigencia (marzo de cada año).<p>Y basado en los registros compartidos se observa los acuerdos de gestión de subdirección dotación, financiera, planeación, poblacional y jurídica concertados con fecha de julio del 2025, incumpliendo lo establecido en el procedimiento interno que esta desarrollado bajo los lineamientos legales, se realizaron extemporáneos, 5 meses después. Y así mismo, no se evidencia los seguimientos planeados para el mes mayo y la valoración de competencia y plan de mejora para el mes marzo.</p><p>Adicionalmente, este documento metodológico no se encuentra redactado en lenguaje claro de acuerdo con los lineamientos estipulados para esto.</p><p>Es pertinente revisar los acuerdos de: La subdirección Poblacional no cuenta con acuerdo concertado con el programa de arrendamiento temporal. La subdirección Jurídica, existe diferencia en la meta de Hogares con beneficios con adquisición de vivienda, concertar meta de 400 y el plan de acción estipula 1.300.</p>
--	--

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 V8 del 03/07/2025.Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024Decreto 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.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:	<ul style="list-style-type: none">• Plan estratégico institucional. Se revisa el documento <i>ANEXO_1_PLATAFORMA_ESTRATEGICA_ISVIMED_2021-2030.xlsx</i> cargado en SIFI /Calidad/mejoramiento continuo, el cual contiene: contexto, actores, misión, visión, valores, política integral, objetivos estratégicos y planeación institucional. Y de este se observa:<ul style="list-style-type: none">• No hay registro de seguimiento semestral allí estipulado.• Las metas no son coherentes con las metas definidas.• Los indicadores allí definidos no se evidencian en SIFI /SMO: cumplimiento en la implementación de la política de gestión del riesgo, eficacia en la respuesta a los derechos de petición y otros no tienen el mismo nombre.• Las estrategias y las actividades allí plasmadas no son coherentes con lo definido en el plan táctico.• No asocia los programas o proyectos definidos para el plan de desarrollo y a su vez al plan indicativo, plan de acción y PEHMED.• No se evidencia seguimiento en los comités de gestión y desempeño ni equipos primarios de la planeación estratégica. <p>Y Como lo informó el equipo auditor en el informe de auditoría anterior, que la entidad cuenta con 34 planes institucionales, no se evidenció monitoreo y control por parte del comité institucional de gestión y desempeño, ni por la 2da línea de defensa de avance y cumplimiento de estos, al no evidenciar informes de registros como actas que soporte el reporte respectivo.</p>			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición, la planeación institucional no se encuentra articulado y actualizado con los compromisos planteados en el plan de desarrollo.			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recursos)	Eficiente ()		No Eficiente (x)	
	Consecuencia:	No se puede validar el cumplimiento de cada objetivo ni de la planeación en general de la entidad. Y así mismo, esta situación no garantiza que la dirección tome decisiones de manera oportuna y pertinentes. Así mismo que los equipos de trabajo estén desarticulados. De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es ALTO , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que se cuenta con seguimientos mensuales por parte de las subdirecciones y el impacto es MAYOR toda vez que no se están cumpliendo los objetivos y metas de la planeación e impactan a la comunidad.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto (X)	Moderado ()	Bajo ()



	Recomendaciones:	Es pertinente que los responsables revisen y actualicen la planeación para que estos guarden coherencia.			
Observación No. 2	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">• P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.• Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.• Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025• P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024• 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.• 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:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de Control Interno 2024. De la revisión de los resultados de la evaluación de FURAG de la Función Pública, el ISVIMED decreció de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 un 4,3%, es decir, se encuentra en un cumplimiento del 89,7%. Esto debido a que se disminuye en los resultados de 3 componente, ambiente de control, actividades de control e información y comunicación; esto requiere que la alta dirección tome acciones pertinentes para mejorar los resultados y en la gestión del Sistema de Control Interno dentro de la entidad.			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición, la entidad está débil en el seguimiento y monitoreo de los planes de mejoramiento de las recomendaciones dadas por la Función Pública para adecuar los requerimientos del sistema de control interno.			
	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 documentación estructurada y definida dentro del sistema de gestión y el impacto es MODERADO ya que los resultados de evaluación externa demuestran disminución con relación a los años anteriores.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()
	Recomendaciones:	Revisar y evaluar las recomendaciones dadas por la Función Pública para definir planes de mejoramiento o acciones correctivas, preventivas o de mejora del sistema de gestión con los equipos de trabajo, como así mismo, realizar los seguimientos periódicos para validar los avances.			
Observación No. 3	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">• P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.• Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.			




		<ul style="list-style-type: none">Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024Decreto 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.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.I-GM-06 - Instructivo para realizar creación y seguimiento a los indicadores del SMO			
	Condición:	<ul style="list-style-type: none">Plan indicativo, plan de acción y POAI vigencia 2025. <p>De la revisión y análisis de los indicadores realizado por el equipo auditor se concluye que no se está cumpliendo con los objetivos y metas planteadas por la entidad, y no se observan las decisiones o acciones tomadas por la alta dirección en ninguna de las herramientas existentes (SIFI/SMO, plan acción, plan táctico) ni en las actas de seguimiento a POAI, equipos primarios de dirección ni del comité institucional de gestión y desempeño, allí solo está plasmado datos de resultados.</p> <p>Se observan las actas mes a mes de las reuniones primarias de seguimiento al POAI. Se evidencia el acta No.1 de enero 30 del 2025 en donde socializan y aprueban el POAI, y la cual está firmada como presidente de la reunión por una contratista, situación no avalada para realizar esta acción.</p>			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición, la entidad			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente ()		No Eficiente (x)	
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es ALTO , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que se cuenta con repotes de ejecuciones de la gestión mensuales por parte de las subdirecciones, más no existe registro de acciones de mejora y el impacto es MAYOR toda vez que no se están cumpliendo los objetivos y metas de la planeación e impactan a la comunidad.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto (X)	Moderado ()	Bajo ()
	Recomendaciones:	Es pertinente que la subdirección de planeación retroalimente a cada responsable de los objetivos y recursos para que estos registren la toma de decisiones y las acciones tomadas. Así mismo, que las actas de los diferentes espacios sean completas y evidencien los informes reportados, los análisis realizados y las decisiones tomadas.			
Observación No. 4	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025			



		<ul style="list-style-type: none">• P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024• 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.• 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.• PR-GM-03 - Programa de transparencia y ética pública ISVIMED• Ley 1712 del 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública			
	Condición:	<ul style="list-style-type: none">• Publicación POAI Se continúa evidenciando sin publicar el POAI 2025 aprobado en página web.			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición la entidad no está dando cumplimiento a los lineamientos de la ley de transparencia (ley 1712 del 2014), ni a los requerimientos del ITA.			
	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 se cuenta con el registro POAI internamente, se le realiza seguimiento mensual y el impacto es MODERADO toda vez que no se cumple con los requerimientos normativos.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()
	Recomendaciones:	Validar los requerimientos normativos y crear una herramienta de control que garantice que toda la documentación este publicada.			
Observación No. 5	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">• P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.• Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.• Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025• P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024• 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.• 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:	<ul style="list-style-type: none">• Planes tácticos por dependencia Se evidencia que estos planes despliegan son tareas propias de cada proceso y obligaciones de los contratos de contratistas. Estos no están alineado a los objetivos estratégicos. Lo anterior no asegura que se estén tomando acciones que apunten al logro de las objetivos y metas propuestas.			


	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo (X)		No Efectivo ()	
	Causa:	Basados en la condición la entidad no cuenta con una metodología descrita de cómo se debe desarrollar un plan táctico.			
	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 se cuenta con una lista actividades por desarrollar en cada subdirección, pero no articuladas a los objetivos estratégicos y el impacto es MODERADO toda vez que no se asegura el cumplimiento los objetivos y metas de la planeación e impactan a la comunidad.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()
	Recomendaciones:	Generar conocimiento de una planeación integral (estratégica, táctica, institucional). Crear una metodología clara para la elaboración de planes integrales.			
Observación No. 6	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024Decreto 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.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.Política de administracion del riesgo 27Mar2019.			
	Condición:	<ul style="list-style-type: none">Riesgos. Se evidencia la matriz de riesgos MATRIZ_DE_RIESGOS_GE_SEG_2DO_TRIM_2025, el cual contiene identificación de 11 riesgos, los cuales se observa que estos son los riesgos propios de la subdirección de planeación, y no se evidencian riesgos de la Dirección, responsable de los riesgos de los objetivos y metas estratégicas.			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo ()		No Efectivo (x)	
	Causa:	Basados en la condición la entidad no cuenta con la identificación de riesgos a nivel directivo.			



 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: 15 de 16

	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente ()		No Eficiente (x)	
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es ALTO , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que se cuenta con una matriz de riesgos, pero esta no cuenta con los riesgos directivos y el impacto es MAYOR toda vez que él no se identifican controles para prevenir la materialización de riesgos, afectando los objetivos y metas institucionales.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto (X)	Moderado ()	Bajo ()
	Recomendaciones:	Realizar la identificación de los riesgos directivos con sus respectivos controles.			
Observación No. 7	Tipo:	Conforme (X)		No Conforme ()	
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none">• P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V8 del 03/07/2025.• Manual de Calidad M-GM-03 Versión 21 del 16/07/2021.• Plan de acción 2025 PL-GE-01 Versión 4 de fecha 30/01/2025• P-GE-11 - Procedimiento para seguimiento a POAI, versión 1 de fecha 11/06/2024• 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.• 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.• I-GH-01 - Instructivo para desarrollo de acuerdos de gestión, versión 7 del 10/10/2025.• Nuevo modelo de gerencia pública y de acuerdos de gestión: hacia la gerencia pública 4.0, Dirección de Empleo Público enero de 2024• Decreto 1083 de 2015 (Título XIII, Capítulo 1), que trata sobre la Gerencia Pública. Circular Externa No. 100-004-2024 sobre la adopción del modelo de gerencia pública 4.0 y los acuerdos de gestión, y la Resolución 283 del 16 de abril de 2025 de Alimentos para Aprender que adopta el nuevo Modelo de Gerencia Pública 4.0 y de Acuerdos de Gestión			
	Condición:	<ul style="list-style-type: none">• Acuerdos de gestión. <p>Y basado en los registros compartidos se observa los acuerdos de gestión de subdirección dotación, financiera, planeación, poblacional y jurídica concertados con fecha de julio del 2025, incumpliendo lo establecido en el procedimiento interno que esta desarrollado bajo los lineamientos legales, se realizaron extemporáneos, 5 meses después. Y así mismo, no se evidencia los seguimientos planeados para el mes mayo y la valoración de competencia y plan de mejora para el mes marzo.</p> <p>Adicionalmente, este documento metodológico no se encuentra redactado en lenguaje claro de acuerdo con los lineamientos estipulados para esto.</p>			
	Medición del control: (Existe, diseñado,	Efectivo (X)		No Efectivo ()	



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

	aplicado y previene)				
	Causa:	Basados en la condición la entidad no está aplicando los lineamientos normativos externos e internos en el desarrollo de los acuerdos de gestión para los gerentes públicos.			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente ()		No Eficiente (x)	
	Consecuencia:	De acuerdo con las consecuencias, el riesgo es ALTO , debido a que la probabilidad es MEDIA toda vez que se evidencia acuerdos de gestión definidos de manera extemporánea y sin seguimientos de avance y el impacto es MAYOR toda vez que no se cuenta con las evaluaciones de la gestión de los gerentes públicos.			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto (X)	Moderado ()	Bajo ()
	Recomendaciones:	Revisar y generar conocimiento de los requisitos de acuerdos de gestión para dar aplicabilidad y establecer agendas o alertas para cumplir con las fechas requeridas.			
Oportunidades de Mejora:		El desarrollo de herramienta de power BI para el plan de acción y plan táctico, aunque tiende a ser una herramienta que pierda vigencia por no realizar mantenimiento periódico, y de la cual es realizada por un contratista que no se garantiza la continuidad de este en el tiempo. Es necesario evaluar de hacer uso de una herramienta interna como el SIFI que puede ser ajustada para dar cumplimiento a la necesidad y de la misma manera estar articulada entre módulos.			
Aspectos por resaltar:		Se resalta las herramientas base establecidas para el reporte de los datos de resultado de las metas.			
Conclusiones:		<p>Se concluye que ISVIMED tiene un avance de:</p> <ul style="list-style-type: none">Plan Indicativo: 40%Plan de Acción 1er semestre 2025: 28,57%Plan Operativa Anual Institucional POAI 1er semestre 2025: 42,37%Sistema de Control Interno FURAG: 89,7% <p>Se comunica informe definitivo, puesto que los auditados no presentaron objeciones al informe preliminar socializado y comunicado bajo el memorando No. 297 del 26 de agosto del 2025.</p>			

Cordialmente,



DIEGO ECHEVERRI MONTOYA

Jefe encargado de Oficina de Control Interno

Jefatura de Oficina de Control Interno

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED

Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo	Aprobó	Diego Echeverri Montoya	Revisó	Diego Echeverri Montoya
	Contratista de apoyo JOCI		Jefe encargado Oficina de Control Interno		Jefe encargado Oficina de Control Interno



Sede Principal ISVIMED
NIT 900.014.480-8
Calle 47D N° 75 - 240 / Código Postal 050034
(574) 430 4310 Medellín - Colombia

