



INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 1 de 12

GENERALIDADES

Lugar y fecha de emisión:	Medellín, 1 de julio de 2026.
Destinatario del informe:	Responsable directo: Subdirección Jurídica- Atención al ciudadano. Dirección, Subdirección de Planeación, Jefatura asesora de Comunicaciones, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección de Dotación y Subdirección Poblacional.
Nombre del informe:	<i>Informe de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD 1er seguimiento vigencia 2026.</i>
Tipo de informe:	() Preliminar (X) Definitivo
Objetivo general del informe:	Verificar la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad; en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el proceso de la gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD interpuestas por las partes interesadas; según la normatividad vigente aplicable y la documentación estandarizada en el Sistema de Gestión de Calidad Institucional. Validar el cumplimiento de las acciones formuladas o implementadas en los planes de mejoramiento institucional

CONTEXTO

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"> • 5ª Información y comunicación. • Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. • Política normativa.
Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia. ➤ Orientación a resultados, excelencia y calidad, integridad transparencia y confianza.

INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE - JOCI

Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):	Verificar la oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad; en el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable en relación con las PQRSD
Alcance del informe:	Según la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, en su artículo 76, los informes de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias – PQRSD, deben presentarse semestralmente. El corte de la información para el presente seguimiento será el 1 de la vigencia 2026, presentando la información comprendida entre el 1 de octubre de 2025 al 30 de marzo del 2026 (periodo de 6 meses).
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	<i>No se presentan limitación durante el seguimiento a las PQRSD que comprende los meses de abril a septiembre.</i>





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

<p>Equipo auditor:</p>	<p>Catalina Vasquez Restrepo – jefe de oficina de Control interno, Auditor líder. Diego Echeverri Montoya – Contratista de Apoyo.</p>
<p>Muestra de auditoría:</p>	<p>El equipo auditor extrajo la base de datos del Sistema de Información Institucional – SIFI (Módulo Correspondencia - Radicados Recibidos), evidenciando un universo de 2.219 PQRSD. Se ejecutó un procedimiento de validación y cruce de datos (asociación mediante tablas dinámicas) frente al reporte consolidado entregado por la Líder del Proceso de Atención al Ciudadano de la Subdirección Jurídica.</p> <p>Asimismo, se auditó la medición del proceso en el módulo SMO (Indicadores, Calidad y Riesgos) y el estado de los Planes Institucionales de Mejoramiento. Las PQRSD analizadas ingresaron a través de los canales oficiales: archivo central (físico), correo institucional (info@isvimed.gov.co) y el formulario web oficial (http://pqrs.isvimed.gov.co/).</p>
<p>Metodología y procedimientos aplicados:</p>	<p>Para abarcar el universo de auditoría, se generó del sistema de gestión de información Institucional - SIFI el reporte de PQRSD, según el alcance definido.</p> <p>Dicha muestra obedece a las peticiones que ingresan a la entidad, tanto de manera física como por http://pqrs.isvimed.gov.co/, y por correo electrónico info@isvimed.gov.co Para esta auditoria se tuvo en cuenta todas las peticiones que ingresan por archivo central de la entidad, modulo SIFI/Correspondencias, la cual fue aportada por parte del líder del proceso de atención al ciudadano una vez comparada con la información que genera el SIFI.</p>
<p>Resumen ejecutivo:</p>	<p>Una vez atendido las aclaraciones presentadas por la subdirección poblacional mediante el memorando 239 del 23/06/2026 y las presentadas por la líder del proceso de atención al ciudadano mediante correo electrónico del 23/06/2026 y atendido la reunión de revisión programada con la subdirección Jurídica y la Subdirección Poblacional llevada a cabo el día de hoy 1/07/2026, aclaraciones que fueron aceptadas y acogidas por el equipo auditor, se procede a comunicar el informe definitivo el cual queda de la siguiente manera.</p> <p>Se deja constancia de que la herramienta compartida por la subdirección jurídica y utilizada inicialmente para la consolidación del informe preliminar de seguimiento a las PQRS contenía una inconsistencia técnica en su formulación, lo que generó un reporte de información que no correspondía a la realidad operativa del periodo evaluado. Esta situación fue debidamente subsanada y aclarada en la reunión realizada el pasado 1 de julio, espacio en el cual se compartió la nueva base de datos con los ajustes y correcciones pertinentes. Asimismo, dado que los informes generados mensualmente por el proceso de Atención al Ciudadano y publicados en página web de la entidad presentaban la misma novedad, se informó que se procederá a realizar la respectiva subsanación mediante una publicación</p>





de corrección consolidada del semestre; esta acción correctiva y de mejora continua será indexada formalmente como un beneficio del proceso auditor.

La auditoría utilizo como fuente de información la documentación aportada nuevamente (data) por la líder del proceso de atención al ciudadano correspondiente a la base de datos generada desde el SIFI módulo correspondencia, al revisar dicha información se observó que se tiene la clasificación con relación a las PQRS, toda vez que las D (denuncias), cuentan con un trámite interno diferenciado adoptado por la entidad denominado *“MANUAL PARA EL TRAMITE DE DENUNCIAS”*, CÓDIGO: M-GE-04, VERSIÓN: 03, FECHA: 31/03/2025 cuyo objetivo es *“Establecer los lineamientos para la adecuada recepción, análisis y gestión de los reportes por riesgos o actos de corrupción”*, información que para el presente informe no es tenida en cuenta por gozar de reserva legal (protección de información confidencial), adicional por no reposar en la base de datos arrojada en el SIFI y la cual es el insumo para el presente informe

Debido a que en la base de datos se encuentran 10 recursos los cuales no pertenecen conceptual ni normativamente a la categoría de PQRSD (al ser actos impugnatorios de decisiones administrativas previas regulados por el CPACA), se excluyen del universo analizado. El total de la muestra se fija en 2.209 PQRS, no obstante, a modo de información para los líderes y responsable que la Entidad cuenta con los 10 recursos para que sean tenidos en cuenta para el seguimiento correspondiente a estos según la normatividad vigente aplicable.

Para el desarrollo de la auditoria se tomó la base de datos que reposa en el SIFI como se mencionó arriba, la cual cuenta para los 6 meses analizados de un total de 2209 PQRS, los cuales se clasifican así:

1. Clasificación de PQRSD por Mecanismo de Participación

Durante el semestre evaluado (octubre 2025 - marzo 2026), se identificó que el Derecho de Petición sigue siendo la tipología con mayor volumen de radicación en el Instituto, concentrando el **94.41%** del total de las solicitudes.

Tabla No. 1: Clasificación General de PQRSD Recibidas

Clase de Requerimiento	Total, Radicados	% de Participación
Derecho de Petición	2.095	94.41%
Queja - Reclamo	73	3.29%
Entes de Control (10 días)	29	1.31%





Entes de Control (5 días)	5	0.23%
Entes de Control (3 días)	4	0.20%
Solicitud de Información	3	0.19%
TOTAL, GENERAL	2.209	100.00%

Fuente: Sistema de Información SIFI (Módulo Radicados - Correspondencia Recibida).
Elaboración: JOCI.

2. Clasificación de PQRSD por Dependencia Asignada

La asignación interna de las solicitudes muestra que la **Subdirección Poblacional** concentra la mayor demanda ciudadana con un **44.66%**, seguida por la **Subdirección Jurídica** con un **26.99%**.

Tabla No. 2: Distribución de PQRSD por Subdirección

Subdirección / Dependencia Competente	Total, PQRSD Asignadas	Participación (%)
Subdirección Poblacional	983	44.30%
Subdirección Jurídica	598	26.95%
Subdirección de Dotación de Vivienda y Hábitat	457	20.60%
Subdirección Administrativa y Financiera	116	5.28%
Dirección	33	1.49%
Subdirección de Planeación	21	0.94%
Titulación	1	0.43%
TOTAL, GENERAL	2.209	100.00%

Fuente: Sistema de Información SIFI (Módulo Radicados). Elaboración: JOCI.

No se identifica por programa, línea de acción de acuerdo con la información generada en el sistema de información SIFI y reportada por la líder de atención al ciudadano, situación que dificulta la clasificación sobre la atención dada.





3. Oportunidad en la Gestión y Estado de Atención

Al contrastar las fechas de radicación y los términos legalmente establecidos (Ley 1755 de 2015 y Resolución Interna 1093 de 2025), se determinó el nivel de extemporaneidad por área:

Tabla No. 3: Estado de Atención, Trámite y Oportunidad

Subdirección / Dependencia	En Términos de Ley	Trámite Extemporáneo mayor de 15 días	Total, Asignadas
Dirección General	33	0	33
Subdirección Administrativa y Financiera	114	2	116
Subdirección de Dotación de Viv. y Hábitat	455	2	457
Subdirección de Planeación	18	3	21
Subdirección Jurídica	588	10	598
Subdirección Poblacional	978	5	983
Titulación	1	0	1
TOTAL, GENERAL	2187	22	2.209

Fuente: Sistema de Información SIFI (Módulo Radicados / Cruce SMO). Elaboración: JOCI.

Análisis de Oportunidad: Del universo analizado, el 1% (22 PQRS) se gestionó por fuera de los términos de ley. La Subdirección jurídica representa la mayor alerta con 10 respuestas extemporáneas, seguida por la Subdirección de Poblacional con 5 de sus solicitudes vencidas, no obstante, se resalta la labor de la Entidad frente a la atención Oportuna de las PQRS con un 99% atendidas dentro de los términos de Ley.

4. Análisis Específico de Tiempos de Respuesta y Alertas Críticas

De conformidad con los datos analizados del SIFI, la distribución general del tiempo de respuesta se tabula a continuación:

Tabla No. 4: Rangos de Días Transcurridos para Respuesta





Días Hábles Transcurridos	Total, Radicados	Impacto / Estado
Entre 0 y 16 Días	2.187	Gestión en Términos Generales / Óptimo
Entre 17 y 35 Días	19	Alerta de Desviación / Vencimiento Término Básico / Extemporaneidad Para las PQRSD
Entre 36 y 87 Días	2	Extemporaneidad Crítica (Respuesta al derecho de petición de la subdirección Jurídica radicados 5719 y 5965)
Sin Información	1	Falla de Registro en Sistema (Derecho de Petición Subdirección Jurídica Radicado 5076)
TOTAL GENERAL	2.209	

Fuente: Sistema de Información SIFI. Elaboración: JOCI.

A continuación, se detallan los radicados que superaron los términos legales de manera crítica, registrando desvíos de **hasta más de 36 días hábiles de extemporaneidad**, de acuerdo con la base de datos aportada, situación que exige la intervención de los equipos primarios, en aras de analizar las clasificaciones de las PQRSD.

Tabla No. 6: Extemporaneidad

Radicado	Clase PQRSD	Dependencia Responsable	Días de Vencimiento
5719	Derecho de Petición	Subdirección jurídica	87
5965	Derecho de Petición	Subdirección jurídica	37

Fuente: Sistema de Información SIFI. Elaboración: JOCI.

5. Acciones Constitucionales (Tutelas derivadas de Derechos de Petición)

La evaluación del control y seguimiento de las acciones de tutela registradas por la entidad, con el propósito de identificar riesgos jurídicos, comportamiento de fallos, debilidades de control y nivel de cumplimiento de los lineamientos de gestión judicial y defensa jurídica.

Generalidades:

- ✓ Total, de acciones de tutela analizadas: 67.





- ✓ Se evidenció concentración de tutelas relacionadas con presuntas vulneraciones de derechos fundamentales (14).
- ✓ Existen oportunidades de mejora en la actualización y trazabilidad de información procesal.
- ✓ sanciones.

La gestión de respuesta oportuna y cumplimiento de fallos constituye un aspecto crítico para mitigar riesgos de desacato y Estado General de las Tutelas.

Tabla No. 7: Sentido de los Fallos por Derechos de Petición

Estado	Cantidad	Participación
Concede	5	7%
Concede parcialmente	2	3%
Desvincula	4	6%
Desistimiento	2	3%
Improcedente	17	25%
Niega el amparo	36	54%
No concede	1	1%
Por Definir	6	9%
TOTAL ACCIONES	67	100%

Fuente: Módulo SMO / Reporte de Defensa Jurídica. Elaboración: JOCI.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS (Plan de Mejoramiento, Riesgos e Indicadores)

A. Medición del Indicador de Gestión SMO

La entidad utiliza dos indicadores que se encuentran asociados a proceso de atención al ciudadano, no obstante, uno solo apunta a las PQRSD:

- Oportunidad en la respuesta de PQRSD

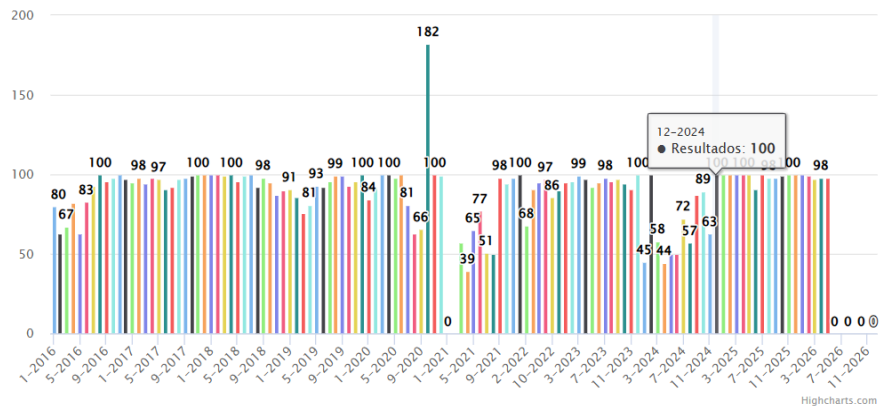
Cuya medición en Sistema de Medición Organizacional (SMO), es la siguiente.

Imagen N. 1. Oportunidad en las respuestas





OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE PQRS



Mes	NUMERO DE PETICIONES RESUELTAS EN MENOS DE 15 DIAS	NUMERO DE PETICIONES CERRADAS	Resultado	Análisis
ENERO	125.0	125.0	100.0 %	PARA EL MES DE ENERO, LA OPORTUNIDAD DE LA RESPUESTA FRENTE A LAS PETICIONES QUE SE RESUELVEN DE 0 A 15 DIAS ES DE UN 40.3% EL CUAL ES UN PORCENTAJE SUPERIOR AL MES ANTERIOR, POR LO QUE DESDE ATENCIÓN AL CIUDADANO SE SEGUIRÁ REALIZANDO UN SEGUIMIENTO ARDUO A LOS PLANES DE ACCIÓN E INDAGANDO AL EQUIPO JURÍDICO DE CADA SUBDIRECCIÓN QUIENES SON LOS ENCARGADOS DE BRINDAR LAS RESPUESTAS A LAS PQRS DEL INSTITUTO LO QUE PERMITIRÁ SUPERAR ESTE PORCENTAJE EN LOS MESES SIGUIENTES TAL COMO LO ESTABLECE LA LEY 1755 DE 2015. - INFORME DE PQRS ENERO -
FEBRERO	265.0	267.0	99.25 %	PARA EL MES DE FEBRERO, LA OPORTUNIDAD DE LA RESPUESTA FRENTE A LAS PETICIONES QUE SE RESUELVEN DE 0 A 15 DIAS ES DE UN 59.9% EL CUAL ES UN PORCENTAJE SUPERIOR AL MES ANTERIOR, POR LO QUE DESDE ATENCIÓN AL CIUDADANO SE SEGUIRÁ REALIZANDO UN SEGUIMIENTO ARDUO A LOS PLANES DE ACCIÓN E INDAGANDO AL EQUIPO JURÍDICO DE CADA SUBDIRECCIÓN QUIENES SON LOS ENCARGADOS DE BRINDAR LAS RESPUESTAS A LAS PQRS DEL INSTITUTO LO QUE PERMITIRÁ SUPERAR ESTE PORCENTAJE EN LOS MESES SIGUIENTES TAL COMO LO ESTABLECE LA LEY 1755 DE 2015. - INFORME PQRS FEBRERO -
MARZO	170.0	174.0	97.7 %	PARA EL MES DE MARZO, EL PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LAS PETICIONES RESUELTAS EN UN TÉRMINO DE 0 A 15 DIAS FUE DEL 47.6% DESDE EL ÁREA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SE CONTINUARÁ REALIZANDO UN SEGUIMIENTO ARDUO A LOS PLANES DE ACCIÓN, ASÍ COMO A LA GESTIÓN DEL EQUIPO JURÍDICO DE CADA SUBDIRECCIÓN, RESPONSABLES DE EMITIR LAS RESPUESTAS A LAS PQRS DEL INSTITUTO, ESTAS ACCIONES ESTÁN ORIENTADAS A MEJORAR ESTE INDICADOR EN LOS MESES SIGUIENTES, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1755 DE 2015. - INFORME DE PQRS MARZO -

Fuente Información SMO Elaborado: Equipo JOCI

B. Planes de Mejoramiento

El proceso no reporta acciones de mejoramiento abiertas en el Plan de Mejora Institucional, debido al cierre previo de los compromisos de auditorías anteriores.

C. Riesgos al Proceso de las PQRS (Código F-GM-29, V5)

La Jefatura de la Oficina de Control Interno (JOCI), en concordancia con los marcos normativos de la auditoría gubernamental y el estándar COSO, realizó una evaluación al diseño, la efectividad operativa y la consistencia matemática del mapa de riesgos del proceso de Gestión de Atención al Usuario. El análisis arrojó un diagnóstico de vulnerabilidad que sitúa al proceso en un **Nivel de Exposición al Riesgo ALTO**, fundamentado en los siguientes hallazgos técnicos:

1. Falla Crítica en el Activo de Información (Software SIFI)

Se detectó un fallo técnico en el módulo de correspondencia del sistema institucional SIFI. El aplicativo omite registrar la dependencia inicialmente asignada por el asesor de atención al ciudadano. Como consecuencia directa de esta brecha tecnológica, el sistema bloquea y suprime la generación automática de las alertas



diarias de vencimiento. Esta avería forzó al proceso a migrar hacia un esquema de contingencia puramente manual, obligando al coordinador operativo a exportar semanalmente bases de datos en archivos planos de Excel para remitir alertas vía correo electrónico o WhatsApp al subdirector Jurídico. Esta desconexión destruye la eficiencia de la operación y diluye el control institucional.

2. Error de Formulación Metodológica y Subvaloración del Riesgo Residual

El mapa de riesgos institucional registra una transición aritmética deficiente de sus variables. Muestra una disminución matemática automática del Impacto Inherente de Mayor (0.8) a un Impacto Residual de 0.6, reduciendo artificialmente la Zona de Riesgo a un nivel "Moderado".

La JOCI evaluó los controles que sustentan esta supuesta mitigación y determinó que la reducción es técnicamente improcedente:

- El denominado Control 3.1 (*Reporte mensual de contingencia enviado al Subdirector Jurídico*) fue calificado erróneamente en la matriz como un control "Correctivo".
- La auditoría constató que dicho control es en realidad Detectivo y Tardío, debido a que se ejecuta de manera mensual, un intervalo en el cual los términos normativos de 15 días ya han expirado y la vulneración legal se encuentra consumada. Esto genera una falsa sensación de seguridad ante los comités directivos.

3. Debilidades Estructurales del Diseño de Control

- Ausencia de Tiempos Límite por Etapa: El proceso no tiene definidos los plazos máximos internos para cada eslabón de la cadena de trámites (radicación, asignación, traslado, proyección misional, revisión y firma). Al carecer de un cronograma de control semafórico interno, el proceso sufre un estrangulamiento operativo invisible que incide de forma directa en las respuestas extemporáneas detectadas.
- Controles con Frecuencia Aleatoria: Los controles de ingreso de solicitudes por canales virtuales y correo electrónico (info@isvimed.gov.co) están parametrizados en la matriz bajo el estado de "Frecuencia Aleatoria" y "Sin Documentar". Un proceso con un flujo masivo de peticiones y una probabilidad inherente Alta (0.8) no puede depender de revisiones esporádicas o al arbitrio del funcionario de turno.
- Desalineación de la Meta del Proceso: La matriz establece como meta del proceso "*Lograr el 95% de PQRSD con respuesta oportuna*". La JOCI cataloga esta meta como un error conceptual y normativo severo de control interno, toda vez que el cumplimiento de los términos de la Ley 1755 de 2015 y la Resolución Distrital 1093 de 2025 debe ser estricto y equivalente al 100%. Tolerar institucionalmente una brecha de incumplimiento del 5% desvirtúa la naturaleza del control e incentiva la proliferación de acciones de tutela.

Detalle de resultados:

	Tipo:	Conforme (X)	No Conforme ()
--	-------	--------------	-----------------





Observación No. 1	Criterio:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Artículos 20, 23, 74 y 112 de la Constitución Política de Colombia (Derecho de petición y acceso a la información).</i> • <i>Ley 1755 de 2015 (Regulación del Derecho de Petición).</i> • <i>Artículo 76 de la Ley 1474 del 2011 (Estatuto Anticorrupción - Oficina de Quejas y Reclamos).</i> • <i>Resolución No. 00001093 del 16 de mayo de 2025 (ISVIMED): Artículo 7 (Términos de traslado interno de 3 días), Artículo 8 (Términos perentorios para resolver de 10, 15 y 30 días según tipología) y Artículo 13 (Sanciones disciplinarias por falta de atención a los términos).</i> • <i>Sentencia T-230 de 2020 de la Corte Constitucional (Requisitos de la respuesta: oportuna, clara, de fondo, congruente y consecuente).</i> 			
	Condición:	<p>La descripción de la situación encontrada es positiva. Del análisis y seguimiento realizado por la JOCI al consolidado de PQRSD se determinó que, en su gran mayoría 2.187 PQRs, los líderes y servidores del Instituto atendieron oportunamente las solicitudes dentro de los términos establecidos por la ley y la reglamentación interna. No obstante, la Entidad reporta dos derechos de petición que superaron los 35 días, los cuales requieren atención por parte de los responsables dichos casos obedecen a los radicados 5719 y 5965.</p> <p>En este sentido, no se plasma una observación negativa o hallazgo de incumplimiento, toda vez que la gestión avanza de acuerdo con lo esperado y los cierres se realizan de manera organizada en el aplicativo. De acuerdo con esta novedad, se determina que el control institucional es Efectivo, recomendando revisar de manera preventiva en los comités primarios las desviaciones menores (entre 18 y 31 días) para seguir perfeccionando la oportunidad.</p>			
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo (X)		No Efectivo ()	
	Causa:	<p>Continuar implementado los controles establecidos en la atención de PQRSD por parte del personal asignado, lo que ha permitido dinamizar la velocidad de respuesta de las solicitudes que ingresan al Instituto, por esta razón se observa que la entidad ha dado oportunidad en un 99% de las PQRs que ingresan a la Entidad, adicional se cuenta con un informe mensual que da pie al seguimiento que se hace desde atención al ciudadano, para que se atiendan de manera oportunidad las peticiones.</p> <p>A razón de estos controles establecidos la gestión es eficiente.</p>			
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente (X)		No Eficiente ()	
	Consecuencia:	<p>De acuerdo con las consecuencias analizadas, el nivel de riesgo del proceso se califica como Bajo. La probabilidad de una afectación legal es baja debido a que la Subdirección Jurídica con su equipo de Atención al Ciudadano realiza seguimientos periódicos para la recepción y el cierre de las solicitudes. Si bien el riesgo es bajo, se insta a los responsables a continuar analizando los casos que históricamente han derivado en tutelas para blindar jurídicamente a la entidad.</p>			
	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado ()	Bajo (X)
	Recomendaciones:	<p>Rediseño del Indicador SMO: Modificar la ficha técnica del indicador en el SMO para que no mida de manera aislada la prontitud (0 a 15 días). Debe transitar hacia</p>			





		<p>un indicador compuesto que pondere la Oportunidad Global junto a las dimensiones cualitativas determinadas por la Sentencia T-230 de 2020 (Claridad, Congruencia y Respuesta de Fondo).</p> <p>Mesas de Trabajo con Defensa Jurídica: Convocar comités primarios bimensuales dirigidos por la Subdirección Jurídica para analizar la tipología de las tutelas y unificar criterios de respuesta en las áreas críticas (Poblacional y Administrativa).</p>
<p>Oportunidades de Mejora:</p>		<p>Matriz de Riesgos: Es una oportunidad clave que la Subdirección Jurídica lidere la reestructuración del mapa de riesgos del proceso (Código: F-GM-29, Versión 05). Se debe corregir el error de formulación aritmética que disminuye automáticamente el impacto residual de 0.8 a 0.6 mediante un control mensual que es detectivo y tardío, asegurando que la matriz refleje la verdadera exposición de la entidad ante los entes de control externos.</p> <p>Establecimiento de un Cronograma de Control Semafórico Interno: Se sugiere formalizar, mediante un acto administrativo o circular interna, un cronograma con plazos máximos obligatorios para cada fase interna del trámite (radicación, asignación, traslado, proyección por las subdirecciones misionales, revisión y firma). La ausencia de estos tiempos límite genera un estrangulamiento operativo invisible que afecta los márgenes de respuesta oportuna.</p> <p>Alineación de Metas Institucionales con el Marco Legal: Se debe modificar la meta actual parametrizada en el cuadro de riesgos, la cual tolera institucionalmente un 5% de incumplimiento al fijar el objetivo en "Lograr el 95% de PQRSD con respuesta oportuna". La meta del proceso debe ajustarse estrictamente al 100% de oportunidad, en total concordancia con la Ley 1755 de 2015 y la Resolución Distrital 1093 de 2025, blindando a la entidad contra la radicación de acciones de tutela.</p>
<p>Aspectos por resaltar:</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento Normativo en Oportunidad de PQRSD: Tras realizar la correspondiente depuración técnica y metodológica de la base de datos (excluyendo los recursos que se regulan por el CPACA), se destaca que el Instituto registra dos (2) peticiones vencidas con tiempos superiores a los 35 días hábiles. Esto demuestra el compromiso de las subdirecciones misionales y del equipo de enlaces por responder las solicitudes de la ciudadanía dentro de los márgenes legales. ➤ Cultura de Control Interno y Cierre Automatizado: Se evidencia una gestión proactiva por parte del personal encargado de la atención de PQRSD, lo cual ha dinamizado la velocidad de respuesta. Asimismo, la cultura institucional orientada al control se refleja en el esfuerzo por registrar, tramitar y cerrar de manera organizada las solicitudes dentro del aplicativo SIFI.
<p>Conclusiones:</p>		<p>✓ El proceso de atención y gestión de PQRSD de ISVIMED cuenta con una sólida base normativa y canales diversificados de atención al ciudadano; sin embargo, presenta falencias que son susceptibles de oportunidad de mejora y efectividad en su control interno.</p>





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

- ✓ Se concluye que las subdirecciones deben asumir con rigurosidad las responsabilidades y los términos fijados por la Resolución 1093 de 2025. La Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 14 de dicha resolución, continuará vigilando semestralmente de manera estricta que la atención al usuario progrese hacia la mitigación total del riesgo legal y reputacional del Instituto.
- ✓ El Sistema de Control Interno implementado para la gestión de PQRS en ISVIMED se dictamina como eficaz para administrar y mitigar las contingencias legales, disciplinarias y fiscales de la entidad.
- ✓ Se debe revisar y analizar los riesgos establecidos en el proceso de atención al ciudadano.
- ✓ Se ratifica la necesidad de socializar de manera trimestral los resultados de estos informes en los comités de Gestión y Desempeño para facilitar la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, en cumplimiento del artículo 54 de la Ley 190 de 1995.
- ✓ Para la próxima auditoria será revisado requisitos de la respuesta, los cuales deben contener los criterios de oportuna, clara, de fondo, congruente y consecuente de conformidad con la sentencia T-230 de 2020 de la Corte Constitucional.

Cordialmente,

Catalina Vasquez R

CATALINA VASQUEZ RESTREPO

Jefe de Oficina de Control Interno

Jefatura de Oficina de Control Interno

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín – ISVIMED

Elaboró	<i>Diego E</i> Diego Echeverri Montoya	Aprobó	<i>CR</i> Catalina Vasquez restrepo	Revisó	<i>CR</i> Catalina Vasquez Rstrepo
	Contratista de Apoyo – JOCI		Jefe oficina de Control Interno		Jefe oficina de Control Interno

(*) VoBo digital

