

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 12
		FECHA: 16/10/2024
		PÁGINA: 1 de 11

GENERALIDADES	
Lugar y fecha de emisión:	Medellín, 13 de julio de 2026
Destinatario del informe:	Responsable directo: Dirección. Otros responsables: Subdirección Planeación, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Dotación, Subdirección Poblacional, Jefatura asesora de Comunicaciones, Subdirección Jurídica.
Nombre del informe:	<i>Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Único de la Contraloría Distrital de Medellín – PMUCDM primer semestre 2026.</i>
Tipo de informe:	() Preliminar (X) Definitivo
Objetivo general del informe:	Realizar 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.

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:	• 4ª dimensión Evaluación de resultado. • Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional. • Política de Integridad. • Política e transparencia y acceso a la información Pública.
Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):	• Diligencia • Aprendizaje e innovación y toma de decisiones basada en evidencia. • Autocontrol.

INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE - JOCI	
Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):	• Realizar revisión de los seguimiento y soportes de la Matriz Planes de Mejoramiento Único de la Contraloría Distrital de Medellín PMUCDM. • Realizar análisis estadísticos de los datos como: tipo de hallazgos, cantidad de hallazgos y acciones, vencimiento de plazos planteados. • Dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución No 1104 del 28 de noviembre de 2025 y 0460 del 24 de abril de 2024 expedidas por la Contraloría Distrital de Medellín.
Alcance del informe:	El seguimiento y evaluación corresponde a los avances surtidos entre el 1 de enero al 30 de junio de 2026, a las acciones formuladas e implementadas; para aquellas acciones que contaban con fecha de ejecución límite al 31 de diciembre de 2025 y para las acciones pendientes de alcanzar la eficiencia, eficacia y efectividad frente su cumplimiento, así mismo, se validaran los avances de las acciones propuestas en el PMUCDM con fechas posteriores.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	N/A
Equipo auditor:	• Catalina Vasquez Restrepo – jefe de Oficina de Control Interno.



	• Diego Echeverri Montoya – Profesional Apoyo de la JOCI.
Muestra de auditoría:	Se verificarán las evidencias y avances suministrados por los responsables para cada acción formulada e implementada en los diferentes planes de mejora y los seguimientos realizados por la primera línea de defensa.
Metodología y procedimientos aplicados:	• Consulta y entendimiento normativo como de los lineamientos internos y externos. • Revisión y análisis de los registros enviados como parte de los requerimientos solicitados, los cuales hacen parte de los papeles de trabajo de la auditoría. • Seguimiento en el formato adoptado por la CDM para los planes de mejora, así como la metodología de la JOCI para este, donde están los seguimientos de la 1ra línea de defensa y los de la 3ra línea de defensa, el autocontrol y la autoevaluación respectiva.
Resumen ejecutivo:	Una vez vencido el plazo para la presentación de aclaraciones y objeciones al informe preliminar (notificado mediante el Memorando No. 251 del 2 de julio de 2026), y al no haberse recibido observaciones al respecto, el documento adquiere carácter de Informe Definitivo bajo los siguientes términos: 1. CRITERIO DE EVALUACIÓN Y RESULTADO DEL PMCDM: La JOCI, en cumplimiento de la Resolución 1104 de 2025, realizó la evaluación del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría Distrital de Medellín, con corte al 30 de junio de 2026, conforme a los lineamientos metodológicos definidos en el papel de trabajo "Evaluación del Plan de Mejoramiento", de acuerdo con la metodología que utiliza la CDM para sus auditorías y que fue acogida por el equipo de auditores internos de la JOCI, herramienta que permite calificar el cumplimiento de las acciones y la efectividad del objetivo propuesto en las acciones de mejoramiento, basados en el autocontrol y las evidencias aportadas por los enlaces y líder de Planes de mejoramiento en la entidad. Para la evaluación del plan usando la metodología adaptada de la CDM en la que se apoya el equipo JOCI se efectuó con base en los criterios de eficacia (20%) y efectividad (80%), según lo establecido en la normativa vigente. Estos se entienden así: Eficacia: ejecución de las acciones en el tiempo previsto, sin atender a su resultado. Efectividad: impacto real de las acciones para eliminar la causa del hallazgo, transformar la condición y evitar su repetición, respaldado con evidencia suficiente y validación en campo. El cumplimiento del plan se determina como la sumatoria ponderada de ambos criterios. El seguimiento a las acciones y la autoevaluación de cada una de ellas corresponde a la responsabilidad exclusiva de la Primera Línea de Defensa, la cual, basándose en las evidencias aportadas en su respectivo ejercicio de control, determinó el porcentaje de avance alcanzado frente a los hallazgos de la Contraloría Distrital de Medellín CDM. Al respecto, se



INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 3 de 11

constató que el menor nivel de ejecución se concentra en el Hallazgo No. 3 de la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados de la vigencia 2024, cuyo cumplimiento definitivo se estableció con fecha límite al 31 de diciembre de 2025; dicha acción se encuentra bajo la corresponsabilidad de la Subdirección de Planeación, la Subdirección Jurídica y la Subdirección Administrativa y Financiera, siendo esta última la dependencia encargada de efectuar el reporte y el cargue del seguimiento formal.

Al 31 de diciembre de 2025, el Plan de Mejoramiento reportado por el ISVIMED contiene 30 acciones, asociadas a 20 hallazgos, sobre las cuales se hizo seguimiento conforme al procedimiento institucional utilizando un papel de trabajo similar al usado por la Contraloría Distrital de Medellín cuya actualización al seguimiento corresponde a junio 30 de 2026 en aras de prevenir posibles riesgos.

Los rangos de calificación de dicho PT papel de trabajo se encuentran establecidos de la siguiente manera:

Tabla No. 1. Rango de calificación y conceptos.

RANGOS DE CALIFICACIÓN	Concepto
Promedio 100%	Cumple
Promedio entre 99% y 80%	Cumple Parcialmente
Menos de 80 puntos	Incumple

Elaborado por: Jefatura Control Interno.
ajustado por la JOCI.

Fuente de información: PT elaborado CDM y utilizado y

Con cierre al 2025 y primer semestre de la vigencia 2026, del seguimiento reportado por los líderes y enlaces, con fundamento en la herramienta adecuada y utilizada por la JOCI nos generó una calificación de acuerdo los avances y evidencias reportados en el seguimiento trimestral que reúne la información del semestre de **Incumple** con una eficacia de 86.67 y efectividad del 75 en las acciones de mejoramiento diligenciadas en el plan de mejoramiento que generan la herramienta a modo de **proyección** es el siguiente resultado:

Tabla No. 2. Posible Evaluación de cumplimiento de los planes de Mejoramiento primer semestre del 2026.

VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Eficacia	86,7	0,2	17,3
Efectividad	75	0,8	60
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1	77,33
Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento		Incumple	

Elaborado por: Jefatura Control Interno.
ajustado por la JOCI.

Fuente de información: PT elaborado CDM y utilizado y





Según la evaluación interna proyectada por la JOCI al cierre del 1 semestre del 2026 para evaluar la medición de la gestión, podemos decir que:

- ❖ Calificación Total Proyectada: 77.33 puntos (No se alcanza el límite inferior exacto para obtener el concepto "Cumple Parcialmente" que es 80%).
- ❖ Índice de Eficacia: 86.7 (Gestión de actividades alta).
- ❖ Índice de Efectividad: 75 (Impacto de solución medio-bajo).
- ❖ Cierre de Hallazgos: Se proyecta el cierre de solo 7 de los 20 hallazgos actuales, dejando 13 hallazgos abiertos para vigencias futuras, con acciones que no han sido eficaces y eficientes.

No obstante, se les recuerda que esta proyección, no garantiza que la CDM nos coloque la misma evaluación y nos emita un concepto favorable "Cumple" frente al plan, aunque con las evidencias aportadas por cada responsable y la auto evaluación interna realizada por la entidad podría alcanzar cierre eficaz y eficiente de 9 acciones de mejoramiento que podrían impactar el cierre positivo de 7 Hallazgos.

Es de teniendo en cuenta que algunas acciones que teníamos a cumplir al 31/12/2026 se les solicitó ampliación de plazo a la CDM mediante el radicado de salida 6474 del 16/12/2025, el cual no fue concebido, por lo tanto, estas acciones debieron haberse cumplido en la fecha propuesta por la entidad.

2. PANORAMA ACTUAL DE LA ENTIDAD

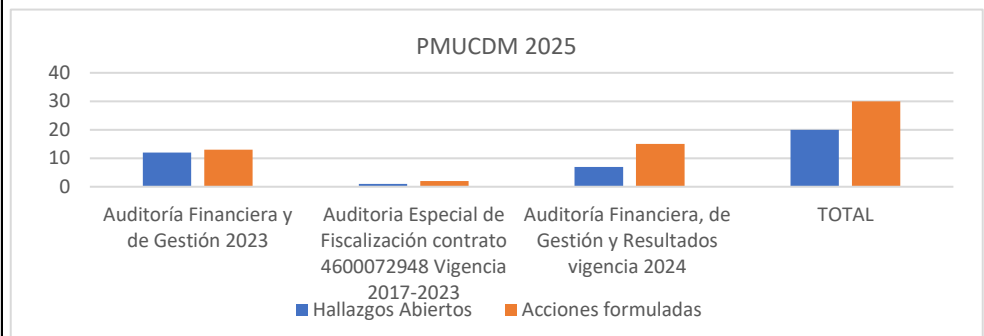
La entidad a la fecha de junio 30 de 2026 cuenta con un total de veinte (20) hallazgos abiertos, de los cuales debemos realizar control y seguimiento constante, los hallazgos abiertos con sus respectivas acciones de mejora formuladas son:

Tabla No. 3. Referente a los hallazgos abiertos periodos 2024 a 2025 primer semestre.

vigencia	NOMBRE DE LA AUDITORÍA ABIERTOS	Hallazgos Abiertos	Acciones formuladas
2024	Auditoría Financiera y de Gestión 2023	12	13
2025	Auditoría Especial de Fiscalización contrato 4600072948 Vigencia 2017-2023	1	2
2025	Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados vigencia 2024	7	15
TOTAL		20	30

Elaborado por: Jefatura Control Interno.

Fuente de información: Informes CDM





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 5 de 11

Elaborado por: Jefatura Control Interno. Fuente de información: Informes CDM.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la JOCI existe un posible panorama una vez diligenciado la herramienta utilizada como papel de trabajo en la que encontramos que con las evidencias aportadas y los seguimientos reportados por la entidad y que podría alcanzar el cierre definitivo para la próxima auditoria de gestión, fiscal y de cumplimiento un total de 7 hallazgos, quedando abiertos 13 hallazgos para seguimientos posteriores, de los cuales 3 hallazgos tienen cumplimiento para la vigencia 2026 y 2027, que según solicitud de información no serán evaluados en dicha vigencia; se deja claro que los 20 hallazgo es el universo total de hallazgos.

$$20 - 7 = 13$$

Elaborado por: Jefatura Control Interno. Fuente de información: Informes PT utilizado por la JOCI

Frente a las **acciones de mejoramiento** la entidad cuenta con 30 acciones formuladas en el plan de mejoramiento con las evidencias y seguimientos reportados por los lideres y responsables en el plan de mejoramiento, la entidad podría cerrar 9 acciones de mejora quedando abierta un total de 21 que corresponden a los hallazgos que no alcanza la eficacia y efectividad respectiva, y los que su fecha de cumplimiento es posterior al 31 de diciembre de 2025.

$$30 - 9 = 21$$

Elaborado por: Jefatura Control Interno. Fuente de información: Informes PT utilizado por la JOCI

En conclusión, no se alcanzaría el cumplimiento del plan y la evaluación como vimos anteriormente, seria de **INCUMPLE** según los lineamientos que establece la Contraloría Distrital de Medellín y el resultado para la efectividad del plan de mejora **seria desfavorable** o sea **Incumple**, lo que traduce a un criterio de **cumplimiento por NO superar la puntuación establecida** por estos, que debe ser superior a **80 puntos sobre 100** y alcanzaríamos un resultado de **77.33 puntos**.

Lo anterior, teniendo en cuenta que nos evalúen todo el plan de mejoramiento sin tener en cuenta fechas de ejecución y efectividad de la acción, podría presentarse una calificación superior que estaríamos pasando los 80 puntos y la calificación seria de Cumple, toda vez que las acciones establecidas algunas tienen fecha de cumplimiento posterior a la vigencia 2026 y que estarían en consideración de estos para ser evaluadas por parte de la CDM en otro momento o en su defecto las evalúan en esta auditoría.





INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 12

FECHA: 16/10/2024

PÁGINA: 6 de 11

Resumen de posibles hallazgos sujetos a decisión de la CDM para el cierre, basado en las evidencias, autoevaluación realizada por los líderes y responsables y las respectivas evidencias.

Tabla No. 4. Referente a los hallazgos con posibles cierres.

NOMBRE DE LA AUDITORÍA ABIERTOS	Posibles cierres Hallazgos	Posibles cierres acciones	Hallazgos con posible cierre	Hallazgos que continúan abiertos
Auditoría Financiera y de Gestión 2023	5	5	H4; H5; H6; H7 Y H11	H1; H2; H3; H8; H9; H10; H12
Auditoría Especial de Fiscalización contrato 4600072948 Vigencia 2017-2023	1	2	H1	
Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados vigencia 2024	1	2	H4	H1; H2; H3; H1(H5); H2 (H6); H3 (H7)
TOTAL	7	9		

Elaborado por: Jefatura Control Interno. Fuente de información: Informes CDM.

La entidad a la fecha del cierre del presente documento cuenta con 20 hallazgos con la siguiente tipología.

Para efectos del informe de auditoría, y en concordancia con los lineamientos de la Guía de Auditoría Territorial (GAT) y la normativa vigente de la Contraloría Distrital, las irregularidades detectadas se tipifican según su naturaleza e impacto bajo las siguientes definiciones:

Cuadro tipología de hallazgos.

TIPO DE HALLAZGO	CONCEPTO TIPOLOGIA	2024	2025	Total	DEPENDENCIA
Administrativa	"Se constituye como toda situación deficiente o irregular detectada en la gestión de la entidad, producto del incumplimiento de principios, normas, manuales o procedimientos de control interno, que si bien no implica necesariamente un daño patrimonial o un delito, afecta la eficiencia, eficacia y economía de la operación; su identificación tiene un carácter netamente correctivo y obliga al sujeto de control a diseñar y ejecutar un Plan de Mejoramiento para subsanar las causas que lo originaron".	5	6	11	La subdirección administrativa y financiera (6); Subdirección de Planeación (1); Subdirección jurídica (4)
Administrativo con presunta incidencia fiscal	Es un Falló en el proceso (Administrativo); Se perdió dinero o se pagó lo que no se debía (Fiscal); El funcionario actuó con negligencia, dolo o falta de cuidado en sus tareas (Disciplinario).		1	1	Subdirección de Dotación, Vivienda y Hábitat-Subdirección Jurídica del - ISVIMED (Compartida)



	Con Incidencia Administrativa, Fiscal y Disciplinaria	"Se tipifica cuando la deficiencia o irregularidad detectada en la ejecución de los procesos de la entidad (componente administrativo) trasciende el ámbito de la mera gestión, configurando simultáneamente un detrimento patrimonial al Estado cuantificable (incidencia fiscal) y una presunta violación a los deberes funcionales, prohibiciones o régimen de inhabilidades por parte de los servidores públicos o gestores fiscales involucrados (incidencia disciplinaria)."	8	8	Subdirección jurídica (8)
	TOTALES		13	7	20

Elaborado por: Jefatura Control Interno. Fuente de información: Informes CDM Y Guía de Auditoría Territorial (GAT)

A modo de conclusión, del universo de acciones de mejora objeto de seguimiento, se precisa que 3 hallazgos y 7 acciones cuentan con fecha de vencimiento programada para la vigencia 2026. Por su parte, los compromisos restantes —equivalentes a 17 hallazgos y 23 acciones— debieron cumplirse a cabalidad con corte al 31 de diciembre de 2025. Frente a este último grupo, y tras revisar la autoevaluación presentada por la primera línea de defensa, se estima que se alcanzaría la eficacia y el cierre definitivo de 7 hallazgos y 9 acciones, tal como se detalló en el cuerpo de este informe; no obstante, la consolidación de este resultado queda supeditada a que tanto las evidencias documentales aportadas como la respectiva autoevaluación sean validadas y consideradas como conformes por parte del órgano de control institucional (Auditores de la Contraloría Distrital de Medellín).

3. Medición del Proceso

- Desde la administración de los riesgos y desde la medición de procesos, se evidencia que los seguimientos y monitoreos a los planes de mejoramiento no cuentan con controles que permitan mitigar los riesgos, por lo tanto, se debe analizar desde las herramientas de control establecidos para tal fin.
- Dentro del registro de seguimiento a los Plan de Mejoramiento Único Contraloría Distrital de Medellín - PMUCDM, el equipo auditor deja plasmado el respectivo seguimiento realizado a cada acción propuesta por la entidad con sus respectiva autoevaluación y soportes de las gestiones realizadas por la primera línea de defensa (líderes y sus equipos) y la tercera línea (JOCI).

Detalle de resultados:			
Observación No. 1	Tipo:	Conforme (X)	No Conforme ()
	Criterio:	Resolución No. 130 del 2 de febrero de 2024 “Por el medio de la cual se establecen los parámetros y criterios para la elaboración, reporte, seguimiento y evaluación de los planes de Mejoramiento de los Sujetos de Vigilancia y Control Fiscal de la Contraloría Distrital de Medellín”.	



	Condición:	A corte del 31 de diciembre de 2025, la entidad mantiene 20 hallazgos abiertos (provenientes de auditorías de vigencias anteriores) con 30 acciones de mejora activas. Aunque la proyección interna de la Jefatura de Control Interno (JOCI) estima una calificación de 77,33 puntos (concepto "INCUMPLE"), se evidencia una brecha significativa entre la ejecución de tareas (Eficacia: 86.7) y el impacto real para solucionar la raíz del problema (Efectividad: 75,0). Adicionalmente, se identifica explícitamente que los procesos de seguimiento y monitoreo carecen de controles para mitigar riesgos durante la ejecución del plan. El resultado arriba mencionado surge de la aplicación de la metodología establecida en la Resolución 1104 de 2025 de la CDM, la cual pondera la evaluación del Plan de Mejoramiento bajo dos criterios estrictos: Eficacia (20%): Medición del cumplimiento de actividades en el tiempo previsto (Cronograma). Efectividad (80%): Validación del impacto real, eliminación de la causa raíz y soporte con evidencia suficiente. Si bien la efectividad para la solución de tareas es un poco más baja que el impacto real para solucionar la causa raíz de los hallazgos, se califica la medición del control como con deficiencias, se toma como efectivo.	
	Medición del control: (Existe, diseñado, aplicado y previene)	Efectivo (X)	No Efectivo ()
	Causa:	De acuerdo con causas como: - Enfoque en la ejecución sobre el impacto: Existe un desbalance donde se completan las tareas (eficacia media-alta) pero no siempre logran transformar la condición negativa o eliminar la causa del hallazgo (efectividad baja). - Dependencia de la validación externa: La calificación interna es una proyección basada en el "autocontrol", sujeta a la interpretación final de la CDM, lo que genera incertidumbre sobre la aceptación de las evidencias, especialmente en las 21 acciones que no lograrían cierre efectivo, impactando en un total de 13 hallazgos (contando las que tienen fecha de cumplimiento al 2026 y 2027). Lo que nos lleva a manifestar que la medición de la Gestión tiene deficiencias, se toma como Efectiva las acciones formuladas han conducido al logro de los resultados programados, a la observancia normativa o al cumplimiento de lo establecido, la no materialización del riesgo inherente o la eficiencia del control.	
	Medición de la Gestión: (Procesos, recurso)	Eficiente (X)	No Eficiente ()
	Consecuencia:	Una vez la Contraloría Distrital de Medellín realice la auditoria establecida para la vigencia 2025, podría presentarse para la entidad situaciones como:	



- **Riesgo de Calificación Negativa ("Incumple"):** Dado que la proyección está exactamente en el límite (77.33 puntos), cualquier evidencia rechazada por la CDM haría caer la calificación por debajo de 80, resultando en un concepto de "Incumple".
- **Persistencia de Riesgos Fiscales/Administrativos:** Al quedar 13 hallazgos abiertos, la entidad continúa expuesta a las deficiencias detectadas originalmente (desde 2024 en algunos casos).
- **Desgaste Administrativo:** Necesidad de solicitar ampliaciones de plazo (como el radicado 6474 de 2025) y reformulación de planes para acciones no efectivas.

De acuerdo con las posibles consecuencias arriba mencionadas, pero teniendo en cuenta el compromiso realizado por la alta dirección en subsanar las causas raíz generadora de los hallazgos, **el riesgo es moderado**, debido a que la **probabilidad es media** toda vez que se cuenta con seguimientos trimestrales por parte de los enlaces y líderes responsables de las acciones formuladas pero no se alcanzado el logro de las acciones y el cumplimiento de los objetivos y **el impacto es menor** a 40%, una vez aplicado la tabla de criterios de nivel de impacto inherente el cual le corresponde: "1. Interrupción mínima en la prestación de los servicios o en la operación de los procesos. Reversibles de manera inmediata". "2. Retrasa algunas actividades de proyectos, pero no afectan la ejecución global de los mismos. No afecta el cumplimiento los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo". Y "4. Genera llamados de atención, pero no multas ni sanciones".

Lo anterior descrito según el mapa de calor aprobado por la entidad, se evalúa la medición del **riesgo** en **moderado** frente al grado de materialización.

Los riesgos evaluados en el presente informe corresponden a los siguientes:

Riesgo de Ineficacia: **Ineficacia de las acciones de mejora implementadas.** Descripción: Riesgo de que las actividades reportadas como ejecutadas en el Plan de Mejoramiento no logren subsanar de manera efectiva y permanente las causas raíz que originaron los hallazgos, generando un cumplimiento meramente formal (documental) sin impacto real en la gestión, lo que podría derivar en la reincidencia de las irregularidades administrativas, fiscales o disciplinarias en vigencias futuras.

Riesgo de Reincidencia: **Persistencia de las deficiencias de control interno y reincidencia de hallazgos.**

Descripción: Riesgo asociado al incumplimiento o avance insatisfactorio de las metas propuestas en el Plan de Mejoramiento, lo cual mantiene latentes las debilidades del sistema de control interno y expone a la entidad a la repetición de los detrimentos patrimoniales o fallas administrativas detectadas en la auditoría anterior.



	Medición del riesgo: (Grado de Materialización)	Extremo ()	Alto ()	Moderado (X)	Bajo ()
	Recomendaciones:	Las propuestas de mejora que pueden mitigar los riesgos o continuar mitigando este es: Avanzar en la implementación de las acciones del PMUCDM que no se cumplen, priorizando sobre las próximas a vencerse, logrando finalmente la eliminación de las deficiencias detectadas y sus causas, contribuyendo con la mejora de las operaciones y el desempeño institucional; y realizando seguimientos periódicos como responsabilidades de cada línea de defensa institucional.			
Oportunidades de Mejora:		Brecha entre "Hacer" y "Lograr" (Eficacia vs Efectividad): Existe un desequilibrio entre la Eficacia (86.7) y la Efectividad (75.0). Dado que la norma pondera la efectividad al 80%, el simple cumplimiento de tareas no está siendo suficiente para impactar la causa raíz de los hallazgos. Se debe cambiar el enfoque de "llenar requisitos" a "solucionar problemas de fondo". Dado que 21 acciones no lograrían cierre efectivo según la proyección, es necesario revisar los controles y las acciones con sus soportes documentales. La evidencia no solo debe demostrar que se hizo la tarea, sino que el riesgo fue mitigado o eliminado.			
Aspectos por resaltar:		Alta Capacidad de Ejecución (Eficacia): La entidad demuestra disciplina en el cumplimiento de cronogramas y actividades, reflejado en una calificación de Eficacia del 86.7. Esto indica que los equipos de trabajo realizan las tareas asignadas en los tiempos previstos. Se evidencia un esfuerzo significativo por depurar hallazgos, logrando cierres que reducen la carga acumulada de planes de mejoramiento. La Jefatura de Control Interno (JOCI) utiliza las mismas herramientas metodológicas de la CDM para proyectar resultados antes de la visita oficial. Esto permite anticipar escenarios y gestionar expectativas, actuando como una "Tercera Línea de Defensa" efectiva al alertar sobre la calificación límite (80 puntos), no obstante, para dicho seguimiento si toman en cuenta la auto evaluación realizada por cada proceso este se encuentra por debajo de la calificación limite. Trazabilidad Documental: Existe un procedimiento claro de seguimiento donde se documentan las evidencias y validaciones tanto de los líderes (Primera Línea) como de la JOCI, lo cual facilita la auditoría externa.			
Conclusiones:		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 siete (7) hallazgos y nueve (9) 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 podríamos incrementar los cierres, ósea, sin tener en cuenta fechas de cumplimiento de la acción y del objetivo, de lo contrario el resultado podría variar. Aunque el concepto proyectado es "incumple", la posición de la entidad es frágil. Depender de una calificación exacta de 80 puntos sobre 100 implica un riesgo de auditoría alto, donde la subjetividad o el rigor del ente de control podrían cambiar el dictamen a negativo fácilmente. La metodología de la CDM (Resolución 1104 de 2025) castiga fuertemente la falta de impacto (Efectividad). La estrategia actual del ISVIMED es fuerte en forma (tiempos/actividades) pero débil en fondo (solución de causas). Se requiere asegurar que las acciones de mejora formuladas sean realmente contundentes para transformar las condiciones halladas. La proyección de cerrar solo 7 de 20 hallazgos implica que el 65% de las deficiencias detectadas seguirán abiertas para la siguiente vigencia. Esto sugiere que algunas acciones formuladas podrían ser insuficientes, perpetuando los ciclos de auditoría sin soluciones definitivas. Para dar cumplimiento a la Resolución 1104 de 2025, se rendirá la cuenta de Seguimiento a planes de mejoramiento con corte al 30 de junio del 2026 con el presente informe y su respectivo anexo F-CF-RC-018 de la Contraloría Distrital, en el aplicativo de GT de la CDM, como una rendición de cuentas.
--	--

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

<i>Diego E.</i>	Diego Echeverri Montoya	<i>CV</i>	<i>CV</i>
	Profesional Apoyo - JOCI		
Elaboró		Aprobó	Revisó
		Catalina Vasquez Restrepo	Catalina Vasquez Restrepo
		Jefe oficina de Control Interno	Jefe oficina de Control Interno