

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 11
		FECHA: 02/02/2021
		PÁGINA: 1 de 23

GENERALIDADES	
Lugar y fecha de emisión:	Medellín, 12 de septiembre de 2024
Destinatario del informe:	Dirección, Subdirección de Planeación, Subdirección Jurídica, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección de Dotación, Subdirección Social.
Nombre del informe:	Informe de evaluación institucional de gestión y desempeño por dependencias 1er semestre vigencia 2024.
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 durante la 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:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar los riesgos que afectan los resultados de la gestión institucional. • Gestionar los procesos de la entidad mediante control y la mejora de las metodologías institucionales • Brindar un servicio que agregue valor público al ciudadano. • Fortalecer el desarrollo del Talento Humano mediante la gestión del conocimiento y el bienestar. • Disminuir el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional. • Promover la transparencia y la legalidad en la actuación de la gestión pública.
Dimensión – Política MIPG:	1ra dimensión Talento Humano 2da dimensión, Direccionamiento estratégico y Planeación, 3ra dimensión Gestión con valores para resultados. 4ta dimensión Evaluación de resultado.
Principios y valores (MIPG, Servidor Público, Institucionales):	Diligencia. Aprendizaje e innovación. Toma de decisiones basada en evidencia. Autocontrol, autogestión y autorregulación.



 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	<p>INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 11
		FECHA: 02/02/2021
		PÁGINA: 2 de 23

INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE – JOCI	
Objetivos específicos del informe (Cuando aplique):	Verificar el cumplimiento normativo vigente frente a la evaluación a la Gestión por dependencia, cuya evaluación se encuentra en cabeza de los jefes de las oficinas de control interno, de acuerdo con lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Verificar dicha Gestión por dependencias de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.8.1.3; los cuales establece como parámetros los planes anuales de gestión.
Alcance del informe:	Análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias para el 1er semestre de la vigencia 2024, de conformidad con los lineamientos externos emitidos por el Gobierno Nacional y los instrumentos, metodologías adoptadas por la entidad en su SGC.
Limitación al alcance del informe (Cuando aplique):	Los objetivos de la auditoría se vieron limitados en la ejecución de la auditoría debido a que los auditados no compartieron los requerimientos solicitados en su totalidad.
Equipo auditor:	Héctor Francisco Preciado – jefe de Oficina de Control Interno. Catalina Vásquez Restrepo – contratista de Apoyo de Control interno.
Muestra de auditoría:	Los planes anuales de gestión establecidos por la entidad de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente aplicable, entre estos están: Plan acción, POAI, Plan Estratégico, Planes Institucionales, Planes de mejoramiento Institucional, Evaluación SCI, Indicadores, acuerdos de gestión y evaluación de desempeño.
Metodología y procedimientos aplicados:	Revisión y análisis de los registros suministrados por la primera y segunda línea de defensa sobre los planes anuales de gestión de la entidad. Para el informe de gestión por dependencia, se tendrá en cuenta: La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del ISVIMED, los Objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados, los resultados de la ejecución por dependencia, de acuerdo con lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de la Subdirección de Planeación o como resultados de las auditorías realizadas por la JOCI.
Resumen ejecutivo:	El informe de auditoría se integra por temas que corresponde a los análisis y reportes suministrados por los auditados o consultados en el SIFI por el equipo auditor y basados en los resultados de los informes de ley definitivos comunicados por la JOCI de los diferentes temas de este informe de dependencias para evaluar la gestión del desempeño institucional. Los temas evaluados fueron:



- 1- Plan de acción, plan indicativo, POAI e indicadores que apunta al logro de estas metas.
- 2- Planes de mejoramiento Institucional PMI, Plan de mejoramiento de la Contraloría PMUCDM y Plan de mejoramiento Personería PMP
- 3- Resultados de FURAG-MECI (Evaluación del SCI)
- 4- Acuerdos de Gestión y Evaluación de Desempeño.
- 5- Matriz de riesgos.

A continuación se describen los resultados:

1. PLAN DE ACCIÓN, PLAN INDICATIVO Y POAI.

Luego de analizar la información suministrada por la subdirección de Planeación al seguimiento realizado al corte del 30 de junio del 2024 al plan de acción y al plan indicativo, se evidencia que la entidad para los proyectos de inversión del plan de desarrollo se establece: 1 Pilar, 1 Componente, 4 Programas, 7 Proyectos, 7 Indicadores de Producto, 2 Indicadores de Resultado.

Se observa que la entidad define el plan de acción de la vigencia 2024 basado en el plan de desarrollo anterior hasta que se aprobara el plan de desarrollo 2024-2027, y esto se evidencia que se aprobó el 11 de junio 2024 mediante el acuerdo 003 de 2024 "Por el que se adopta el Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 Medellín Te Quiere".

Basados en lo anterior se evidencia:

- Diferencias de metas, según lo establecido en el documento plan de acción 2024 PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024 y los anexos de reporte de seguimiento y avance mensual del plan de acción, como los descritos en el Plan indicativo compartido por la subdirección de planeación y los cargados en la página web, como se puede observar en la siguiente tabla elaborada como papel de trabajo del equipo auditor. ***Por lo que se concluye por parte del equipo auditor que no se garantiza la confiabilidad de los datos al existir diferencias entre lo planteado y los registros de reporte de seguimiento.***

Tabla 1. Validación de datos.



INFORME DE AUDITORÍA JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 11

FECHA: 02/02/2021

PÁGINA: 4 de 23

Nombre Indicador	Unidad	Meta 2024	Meta Enero	Meta Febrero	Meta Marzo	Meta Abril	Meta Mayo	Meta Junio	Metas Sub-Planeación	Metas PI Sub-Planeación	METAS ERRADAS
Consejo Consultivo de Política Habitacional creado y en funcionamiento	Porcentaje	100%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0	0	NC
Asistencias Técnicas Realizadas	Numero	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	2.500	
Política Pública de Inquilinatos Monitoreada	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100	
Hogares beneficiados con arrendamiento de vivienda	Numero	2.816	2.816	2.816	2.816	2.816	2.816	2.816	2.816		
Hogares beneficiados con adquisición de vivienda -sector privado	Número	500	500	500	500	500	500	500		600	
Hogares beneficiados con adquisición de vivienda -sector público	Número	111	111	111	111	111	111	111	111		
Hogares beneficiados con mejoramiento de vivienda	Número	660	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	NC
Hogares con enfoque diferencial beneficiados con mejoramiento de vivienda sin barreras.	Número	253	0	0	0	0	0	0			NC
Hogares beneficiados con mejoramiento de vivienda - jóvenes	Número	87	N/A	N/A	N/A	N/A	0	0			NC
Proyectos apoyados financieramente en Mejoramiento Integral de Barrios	Número	1	1	1	1	1	1	1	1		



Resoluciones de reconocimiento de edificaciones expedidas por la Curaduría Cero	Número	450	450	450	450	450	550	550	450	450	NC
Bienes fiscales saneados y titulados	Número	150	150	150	150	150	150	150	150	150	

Fuente: Papel de trabajo.

- También se verifica en el SIFI/SMO los resultados de los indicadores asociados al plan de acción y los reportes de seguimiento a este último y se evidencia un cumplimiento promedio de los indicadores para la vigencia de 2024 en un 18,6% y para el cuatrienio del 4,1%. Y que para esta vigencia 2024 solo 1 indicador de 9 ha cumplido con la meta y para el cuatrienio ningún indicador cumple metas como se puede observar en las siguientes tablas. **Por tanto, la alta dirección debe evaluar, tomar acciones y decisiones para el logro de las metas.**

Tablas 2. Análisis de metas

Vigencia 2024:		
	% participación	# indicadores
ROJO	33%	3
AMARILLO	56%	5
VERDE	11%	1

Cuatrienio 2024-2027:		
	# indicadores	% participación
ROJO	4	44%
AMARILLO	5	56%
VERDE	0	0%

Fuente: Papeles de trabajo.



- De la revisión realizada se observa que el cumplimiento por Programa según Plan de desarrollo, el avance es cero (0) para el Fortalecimiento institucional del sistema Distrital Habitacional y Asistencia integral, regulación y control al inquilinato, como se puede ver en la siguiente tabla. **Con este análisis es pertinente que se tomen acciones para el logro de las metas planteadas en cada uno de los programas.**

Tabla 3. Metas por programa

Programa	Vigencia 2024	Cuatrenio 2024-2027
Acceso a vivienda en condiciones dignas para todos	27,9%	6,6%
Mejoramiento integral de barrios	18,5%	3,4%
Fortalecimiento institucional del sistema Distrital Habitacional	0,00%	0,0%
Asistencia integral, regulación y control al inquilinato	0,00%	0,0%

Fuente: Papel de trabajo.

- Referente al POAI se evidencia un cumplimiento del 50.38% del presupuesto. Se observa que el programa de mejoramiento con una ejecución presupuestal del 42,74% y el cual tiene un cumplimiento de meta del 0%. **Por lo anterior, la dirección debe evaluar en manejo y uso del recurso asignado de este programa para así lograra las metas esperadas con el recurso económico otorgado.**

Tabla 4. Análisis POAI.

Nombre Indicador	Unidad	Meta 2024	Presupuesto Asignado	Ejecución Presupuestal Acumulada	% de Ejecución Pptal Frente al

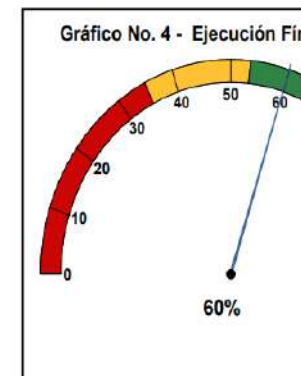


					Presupuest o Asignado
Consejo Consultivo de Política Habitacional creado y en funcionamiento	Porcentaje	0			
Asistencias Técnicas Realizadas	Número	3.000	3.645.000.000	1.326.455.604	36,39%
Política Pública de Inquilinatos monitoreada	Número	100%			
Hogares beneficiados con arrendamiento de vivienda	Número	2.816	48.648.271.287	27.325.091.103	56,17%
Hogares beneficiados con adquisición de vivienda -sector público	Número	111			
Hogares beneficiados con mejoramiento de vivienda	Número	1.000	28.087.300.327	12.005.276.647	42,74%
Proyectos apoyados financieramente en Mejoramiento Integral de Barrios	Número	1	302.400.000	175.668.725	58,09%
Resoluciones de reconocimiento de edificaciones expedidas por la Curaduría Cero	Número	450	2.216.900.000	1.713.505.150	77,29%
Bienes fiscales saneados y titulados	Número	150	820.400.000	465.087.054	56,69%
Vivienda de Interés Social mejoradas- comuna 2	Número	15	1.646.040.000	0	0



	Vivienda de Interés Social mejoradas-Comuna 3	Número	10			
	Vivienda de Interés Social mejoradas-comuna 4	Número	46			
	Vivienda de Interés Social mejoradas- comuna 16	Número	15			
				85.366.311.614	43.011.084.283	50,38%
<p>Fuente: Papeles de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> La definición y seguimiento del plan indicativo PI, plan acción PA y POAI está definido en el documento Plan de acción PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024, describiendo que esta actividad se realiza en el Comité institucional de Gestión y Desempeño, del cual se evidencia en las actas compartidas en Word, que estos temas no fueron tratados en este 1er semestre del 2024. Los auditados informa que se realiza en los equipos primarios directivos y del cual no comparten las actas de estas reuniones, las cuales fueron requeridos. Por tanto, no se evidencia cumplimiento de esta responsabilidad. Así mismo, informan de le ejecución de las reuniones de seguimiento al POAI, pero del cual no se evidencia participación de la directora. <i>Por lo anterior, el quipo auditor evidencia que no existen soportes que garanticen el monitoreo y la toma de decisiones por parte de la alta dirección al avance y cumplimiento de las metas planteadas para el plan de acción, plan indicativo y POAI.</i> De acuerdo con el reporte realizado por la subdirección de planeación del Isvimed al DAP del Distrito, se observa los siguientes avances a corte del 31 de julio. Lo que se evidencia baja ejecución de metas con un alto ejecución financiera. <i>Se reitera que la alta dirección evalúe el uso de recurso vs ejecución de metas.</i> 						





Fuente: Informe DAP.

- Referente al Plan Estratégico Institucional, requerimiento solicitado y del cual no fue compartido, por tanto, no se pudo validar el planteamiento y seguimiento periódico para esta vigencia 2024. Así mismo, no se evidencia en las actas del Comité de Gestión y Desempeño que se hubiera tratado este plan estratégico. **Por lo que el equipo auditor no puede validar que la alta dirección halla analizado o monitoreado las estrategias y actividades del plan (ANEXO_1._PLATAFORMA_ESTRATEGICA_ISVIMED_2021-2030.).**

2. PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, CGM Y PERSONERÍA.

La evaluación de los planes de mejoramiento se realizó basados en los resultados comunicados por la JOCI en los informes definitivos de estos, del respectivo 1er semestre 2024.

- Plan de mejoramiento Institucional - PMI:** Basados en el informe definitivo de PMI, se reporta un avance general promedio por dependencias del cincuenta (50%) por ciento y veintiuno (21) acciones que cuentan con cumplimiento medio CM y bajo CB, el cual fue comunicado el 15.08.2024 con el memorando No. 435.

El equipo auditor teniendo en cuenta los informes vigencia 2023 y 2024, observa que el riesgo pasa de calificación moderado y efectivo a riesgo nivel alto y no efectivo, como



se puede ver en las imágenes siguientes. **Lo que se concluye baja eficacia y eficiencia en las actividades planteadas como falta de monitoreo por parte de los directos responsables y líderes de procesos, de tal manera que se garantice el logro de los objetivos propuestos para las acciones.**

Corte 31 diciembre 2023:

Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
Medición del control: (Existencia y diseño)	Efectivo

Corte 30 junio 2024:

Medición del riesgo: (Materialización)	Alto
Medición del control: (Existencia y diseño)	No eficiente

Fuente: Informes de auditoría JOCI.

- **Plan de mejoramiento Único Contraloría General Distrital de Medellín - PMUCGM:**
El respectivo informe de auditoría de la JOCI comunica que “La entidad con los soportes y respectivos seguimientos que viene adelantando posiblemente alcanzaría el cierre de quince (15) acciones de mejora formuladas, alcanzando una eficiencia, eficacia y efectividad en nueve (9) hallazgos de los veinticuatro (24) con que cuenta la entidad”, según informe definitivo entregado el 25.08.2024, memorando No. 397 y calificación respectiva fue un nivel del riesgo bajo y el control eficiente. **Lo que significa que la entidad y cada uno de sus responsables debe gestionar y monitorear de manera periódica el cumplimiento y avance de las actividades propuestas para así lograr cierre eficaz de los hallazgos por parte de la Contraloría y la mejora continua de los procesos.**

Medición del riesgo: (Materialización)	Bajo
Medición del control: (Existencia y diseño)	Eficiente



Fuente: Informe auditoría JOCI.

- **Plan de mejoramiento Personería Distrital de Medellín - PMP:** Basados en el informe definitivo del 11.07.24 bajo el memorando No. 371, y de acuerdo con este comunican que “Se reciben comunicaciones por correo electrónico y físico que informa que las acciones establecidas para la vigilancia administrativa preventiva No. 8590695352021 y No. 858941307-2019 las cierran definitivamente el órgano de control al considerar que se cumplen por eficaz y eficiente frente a las acciones formuladas.”, por lo tanto, el resultado final fue un riesgo bajo y un control efectivo. ***Para este caso se recomienda continuar aplicando de manera sistemática las acciones de mejora propuesta con el fin de no volver a incurrir en estos hallazgos.***

Medición del riesgo: (Materialización)	Bajo
Medición del control: (Existencia y diseño)	Eficiente

Fuente: Informe auditoría JOCI.

3. FURAG - MIPG - MECI.

El sistema de control interno fue evaluado por la JOCI y comunicado los resultados con el informe definitivo de fecha 23.08.2024 y memorando No. 471.

La calificación promedio de los 5 componentes que conforman el modelo MECI fue de 87,5% de cumplimiento de los requisitos, disminuyendo con relación al periodo anterior en un 2,5%. Datos arrojados del FURAG de la vigencia 2023.

Y de acuerdo con la herramienta suministrada por la Función Pública y elaborada por la JOCI para el informe de auditoría, la calificación de avance fue del 92%, valor que refleja los avances logrados hasta el momento en la consolidación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno en la Entidad. Por lo tanto, el resultado final de este informe fue un riesgo bajo y un control efectivo. ***Lo que significa que la entidad deberá continuar gestionando y monitoreando el cumplimiento de estas acciones de mejora establecidas para la implementación de los modelos.***



Medición del riesgo: (Materialización)	Bajo
Medición del control: (Existencia y diseño)	Efectivo

Fuente: Informe de auditoría JOCI.

4. ACUERDOS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

El equipo auditor valida la concertación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos y los objetivos de desempeño para los asesores de la dirección, encontrando que:

- Para este periodo la Dirección ha establecido el planteamiento de los acuerdos de gestión de los subdirectores.
Subdirección Planeación: febrero 2024
Subdirección Dotación: febrero 2024
Subdirección Poblacional: febrero 2024
Subdirección Jurídica: febrero 2024
Subdirección Administrativa y Financiera: No se evidencia para la nueva funcionaria en su cargo de subdirectora, con fecha de nombramiento 23.04.2024 bajo la resolución No. 252. Y de acuerdo con la Circular Externa N° 100-001-2017 y No. 100-004-2024 del DAFP y al I-GH-01 - INSTRUCTIVO PARA DESARROLLO DE ACUERDOS DE GESTION, se cuenta con un plazo de 2 meses contados desde la fecha de ingreso, es decir, el plazo era hasta el 23 de junio del 2024.
- De igual manera se valida la concertación de objetivos en la evaluación de desempeño para los asesores de la dirección y se observa que de 3 asesores solo se cuenta con la concertación de un (1) asesor, registro desarrollado en el mes de marzo. Para el caso de las evaluaciones pendientes estas funcionarias ya cumplieron los dos meses de ingreso y no se evidencia soporte de planteamiento de objetivos a evaluar.
- Adicionalmente, según metodología se debe realizar seguimiento al cumplimiento y avance de las actividades de desempeño de manera semestral, este podría ser, el mes seis de año (junio) o 6 meses después de concertado, es decir, el mes de agosto, o de acuerdo con el instructivo I-GH-01, "Se realiza dos veces al año (mayo y octubre)





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

y se tiene un mes para realizar la actividad”. Por lo anterior descrito, la entidad no estaría cumpliendo para los casos semestral en el mes de junio y para el caso de dos veces al año mayo, y estaría al límite para el caso de seguimiento semestral mes de agosto.

Teniendo en cuenta el análisis anterior, se concluye que la entidad no está cumpliendo con los lineamientos de desarrollo de los acuerdos de gestión y evaluación de desempeño para los gerentes públicos y funcionarios en el rol de asesores, al no contar con la totalidad del planeamiento de los objetivos de desempeño ni los registros de seguimiento que validen el cumplimiento o la toma de acciones para el logro de las metas.

5. MATRIZ DE RIESGOS:

El equipo auditor consulta la matriz de riesgo del proceso de Gestión Estratégica y se idéntica el riesgo GE12 y GE 13 asociado a “Objetivo Estratégico: Disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional.” Y de acuerdo con los seguimientos reportados informan que el riesgo GE12 se ha materializado el evento potencial principal y los intermedios 1, 2 y 4, se observa que este tiene una calificación de riesgo residual alto y que de 6 controles definidos en la matriz solo 2 de estos están documentados. Y para el riesgo GE13 está calificado en un nivel de riesgo extremo y solo 1 de 3 controles está documentada, y según seguimiento este no se ha materializado.

Teniendo en cuenta lo anterior, es recomendable documentar los controles para que estos sean implementados sistemáticamente y se logre minimizar o mitigar la probabilidad o el impacto de los riesgos.

Detalle de resultados:

<p>Observación No. 1</p>	<p>Condición:</p>	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diferencias de metas, según lo establecido en el documento plan de acción 2024 PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024 y los anexos de reporte de seguimiento y avance mensual del F-GE-17 plan de acción, como los descritos en el F-GE-18 Plan indicativo compartido por la subdirección de planeación y los cargados en la página web. Por lo que se concluye por parte del equipo auditor que no se garantiza la confiabilidad de los datos al existir diferencias entre lo planteado y los registros de reporte de seguimiento.
---------------------------------	--------------------------	--



	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.
	Causa:	De acuerdo a lo observado en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 2	Condición:	<p>Soportados en lo descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores asociados al plan de acción y los reportes de seguimiento a este último y se evidencia un cumplimiento promedio de los indicadores para la vigencia de 2024 en un 18,6% y para el cuatrienio del 4,1%. Y que para esta vigencia 2024 solo 1 indicador de 9 ha cumplido con la meta y para el cuatrienio ningún indicador cumple metas. Por tanto, la alta dirección debe evaluar, tomar acciones y decisiones para el logro de las metas.



	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.
	Causa:	Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 3	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa que el cumplimiento por Programa según Plan de desarrollo, el avance es cero (0) para el Fortalecimiento institucional del sistema Distrital Habitacional y Asistencia integral, regulación y control al inquilinato. Es pertinente que se tomen acciones para lograr las metas planteadas en cada programa.
	Criterio:	<ul style="list-style-type: none"> • P-GE-01 Procedimiento para la gestión estratégica V7 del 07/01/2019. • Plan de acción 2024 PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024 • 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.



	Causa:	Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 4	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia el POAI con un cumplimiento del 50.38% del presupuesto. Se observa que el programa de mejoramiento con una ejecución presupuestal del 42,74% y el cual tiene un cumplimiento de meta del 0%. Por lo anterior, la dirección debe evaluar en manejo y uso del recurso asignado de este programa para así lograra las metas esperadas con el recurso económico otorgado.
	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.
	Causa:	Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.



	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 5	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> La definición y seguimiento del plan indicativo PI, plan acción PA y POAI está definido en el documento Plan de acción PL-GE-01 Versión 3 de fecha 23.01.2024, describiendo que esta actividad se realiza en el Comité institucional de Gestión y Desempeño, del cual se evidencia en las actas compartidas en Word, que estos temas no fueron tratados en este 1er semestre del 2024. Los auditados informa que se realiza en los equipos primarios directivos y del cual no comparten las actas de estas reuniones, las cuales fueron requeridos. Por tanto, no se evidencia cumplimiento de esta responsabilidad. <p>Así mismo, informan de le ejecución de las reuniones de seguimiento al POAI, pero del cual no se evidencia participación de la directora.</p> <p>Por lo anterior, el quipo auditor evidencia que no existen soportes que garanticen el monitoreo y la toma de decisiones por parre de la alta dirección al avance y cumplimiento de las metas planteadas para el plan de acción, plan indicativo y POAI.</p>
	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.
	Causa:	<p>Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.</p>



	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 6	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño compartidas no se encuentra firmadas por la dirección, lo que no garantiza la aprobación de esta. La subdirección de planeación como responsable directa de esta ejecución y primera línea de defensa debe garantiza el cumplimiento de estos lineamientos internos como es la Resolución 102 de febrero 2023.
	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.
	Causa:	Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado



	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Observación No. 7	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. Así mismo, no se evidencia en las actas del Comité de Gestión y Desempeño que se hubiera tratado este plan estratégico. Por lo que el equipo auditor no puede validar que la alta dirección halla analizado o monitoreado las estrategias y actividades del plan (ANEXO_1. _PLATAFORMA ESTRATEGICA ISVIMED_2021-2030.).
	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.
	Causa:	Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.
	Consecuencia:	Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo



<p>Observación No. 8</p>	Condición:	<p>Basado en los descrito en el resumen ejecutivo, el equipo auditor observa no conforme la planeación institucional debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan de mejora institucional PMI, se observa que el riesgo pasa de calificación moderado y efectivo a riesgo nivel alto y no efectivo, lo que concluye baja eficacia y eficiencia en las actividades planteadas por falta de monitoreo de los directos responsables y líderes de procesos, para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos para las acciones.
	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.
	Causa:	<p>Basados en las condiciones encontradas se materializa el riesgo en un nivel moderado, es decir, se evidencia debilidades en la implementación de los lineamiento y metodologías de trabajo en el ciclo PHVA de la planeación institucional. No se cumplen con los roles y responsabilidades de la primera y segunda línea de defensa.</p>
	Consecuencia:	<p>Este resultado impacta en un riesgos reputacional y normativo a la entidad, así mismo afectando a los usuarios al no lograr el objetivo de disminución en el déficit cuantitativo y cualitativo habitacional, por tanto, el control es no están siendo efectivos.</p>
	Recomendaciones	N.A.
	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
	<p>Observación No. 9</p>	Condición:





INFORME DE AUDITORÍA
JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO

	<p>Criterio:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El literal e) artículo 2.2.21.4.9 del decreto 648 de 2016, establece que los jefes de Control Interno deberán presentar informe relacionados con la gestión institucional, conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004. • 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. • Instructivo I-GH-01 para el desarrollo de acuerdos de gestión V7 del 10/10/20219 • 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. • Ley 909 de 2004; Artículo 2.2.13.1.10. del Decreto 1083 de 2015, Concertación, formalización y seguimientos a los acuerdos de gestión • Artículos del 2.2.13.1.5 al 2.2.13.1.11 del Decreto 1083/15 que desarrollan elementos esenciales de Evaluación de la gestión gerencial (Acuerdo de gestión, concertación, responsables, términos de concertación y formalización del acuerdo de gestión, seguimiento y evaluación) • Circular Externa N° 100-001-2017 del DAFP, mediante la cual se señala la “importancia de la concertación y evaluación de los Acuerdos de Gestión ...”, alineación con los objetivos institucionales y aborda la nueva metodología que incluye la evaluación de competencias comportamentales 270° de la gerencia pública (participación de superior jerárquico, par y subalternos) como mecanismo de mejoramiento continuo. • Circular Externa No. 100-004-2024 del DAFP • I-GH-01 INSTRUCTIVO PARA DESARROLLO DE ACUERDOS DE GESTION
	<p>Causa:</p>	<p>El riesgo se ha materializado en un nivel moderado, puesto que la subdirección administrativa y financiera desde el proceso de gestión humana como primera línea de defensa es responsable de que esta actividad se cumpla, de acuerdo con su instructivo y al plan estratégico de gestión humana.</p>
	<p>Consecuencia:</p>	<p>Estos hechos generan un impacto en incumplimiento normativo a lo establecido en la Ley 909 de 2004; el Decreto 1083 de 2015 y la guía metodológica para la gestión del rendimiento de los gerentes públicos dada por el DAFP, que obedecería a que se incurra en sanciones para los responsables y para el instituto por parte de los entes de control. Lo que significa que el control no es efectivo.</p>
	<p>Recomendaciones</p>	<p>Realizar seguimiento y retroalimentación periódicamente a los compromisos pactados en los acuerdos de gestión, para registrar los avances de la gestión con sus respectivas evidencias, buscando que la evaluación final pueda desarrollarse de manera más ágil y concreta.</p>





	Medición del riesgo: (Materialización)	Moderado
	Medición del control: (Existencia y diseño)	No Efectivo
Aspectos para resaltar:	N. A	
Conclusiones:	<p>Como conclusión de la actividad de auditoría se concluye que la entidad debe realizar un mayor control al cumplimiento de los objetivos y metas definidas en los planes institucionales, la alta dirección de evaluar, tomar acciones y decisiones de manera oportuna para así mejorar los resultados institucionales, los cuales son favorables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidencia el cumplimiento de los indicadores para la vigencia 2024 en un 18,6% y para el cuatrienio del 4,1%. 2. Referente al POAI se evidencia un cumplimiento del 50.38% del presupuesto. Se observa que el programa de mejoramiento con una ejecución presupuestal del 42,74% y el cual tiene un cumplimiento de meta del 0%. 3. De acuerdo con el reporte realizado por la subdirección de planeación del Isvimed al DAP del Distrito, se observa los siguientes avances a corte del 31 de julio. Lo que se evidencia baja ejecución de metas con un alto ejecución financiera. <p>Recomendaciones:</p> <p>Teniendo en cuenta el resumen ejecutivo la JOCI reporta las siguientes oportunidades de mejora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Para los planes de mejora ante la Contraloría, cada responsable debe gestionar y monitorear periódicamente el cumplimiento y avance de las actividades propuestas para lograr cierre eficaz de los hallazgos de la Contraloría y la mejora continua de los procesos. 5. Referente al Plan de Mejoramiento de la Personería, se recomienda seguir aplicando sistemáticamente las acciones de mejora propuesta para no volver a incurrir en estos hallazgos. 6. Lo que significa que la entidad deberá continuar gestionando y monitoreando el cumplimiento de estas acciones de mejora establecidas para la implementación de los modelos MIPG y MECI. 7. Es recomendable documentar los controles para que estos sean implementados sistemáticamente y se logre minimizar o mitigar la probabilidad o el impacto de los riesgos. 8. Definir plan de mejoramiento para garantizar la adecuación, definición, monitoreo de la gestión y del control de la planeación institucional. 	



	<p>9. Cada líder de proceso con sus equipos de trabajo deberá realizar sesiones de seguimiento a los planes anuales de gestión, para analizar los factores y debilidades que incidieron en el no avance de las metas, que no se cumplen para la vigencia y formular las respectivas acciones de mejora, que deberán socializarse en el comité de gestión y desempeño para aprobarlo. Lo anterior para lograr los objetivos estratégicos de la Institución.</p> <p>10. Evaluar la pertinencia de generar acciones de mejoramiento a los diferentes planes institucionales basados en los resultados arrojados en los monitoreos o evaluaciones para así garantizar el logro de las actividades planteadas y de los objetivos y metas.</p> <p>11. Evaluar la pertinencia de informar los avances a la gestión de los diferentes planes institucionales a la alta dirección para que se tomen decisiones oportunas.</p>
--	--

Cordialmente,

DIEGO ALBERTO ECHEVERRI MONTOYA
 Jefe encargado de Oficina de Control Interno
 Jefatura de Oficina de Control Interno
 Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED
 (*) *Firma digital.*

					
Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo Contratista - JOCI	Revisó	Catalina Vásquez Restrepo Contratista - JOCI	Aprobó	Diego Echeverri M Jefe oficina de Control Interno

(*) *VoBo digital*

