



Alcaldía de Medellín
ISVIMED

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín



Informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional - PMI, primer semestre de 2020

INFORME DE

**JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de
Medellín - ISVIMED

Julio - Agosto 2020

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA				CÓDIGO: F-GEI-04
					VERSIÓN: 10
					FECHA: 16/04/2020
					PÁGINA: 1 de 8

NOMBRE DE LA AUDITORÍA	Informe de seguimiento al plan de mejoramiento institucional – PMI, primer semestre 2020.			
TIPO DE AUDITORÍA:	Gestión		Auditoría de Ley	X
Unidad Auditable Evaluada:	Dirección			
Tipo de Informe	Preliminar		Definitivo	X

1. INFORME EJECUTIVO

1.1. CONTEXTO

SUBDIRECCIÓN - PROCESO	DIMENSIÓN - POLÍTICA	VALOR INTEGRIDAD – PRINCIPIOS MIPG Y PROCESO	OBJETIVOS ODS - ESTRATÉGICO
 Dirección.  Gestión estratégica.	 4ª dimensión Evaluación de resultado.  Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.	 Diligencia  Aprendizaje e innovación y toma de decisiones basada en evidencia.  Autocontrol.	 Ciudades y comunidades sostenibles.  Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.

1.2. OBJETIVO

Realizar seguimiento a las acciones formuladas e implementadas para cada uno de los hallazgos originados en los informes de las auditorías realizadas por la Jefatura Oficina de Control Interno – JOCI.

1.3. ALCANCE

Seguimiento y evaluación a las acciones formuladas e implementadas para aquellas que contaban con fecha límite de ejecución al 30 de junio de 2020, de igual manera se realiza seguimiento a las acciones con fechas de posteriores de cierre como valor agregado de este ejercicio de auditoría. Para el plan de mejoramiento del *Plan anticorrupción y atención al ciudadano – PAAC* no se realiza seguimiento, pues las fechas de inicio de este son para el segundo semestre 2020.

Limitación de Alcance

No se presentaron novedades en el desarrollo de la auditoría.

1.4. EQUIPO AUDITOR	1.5. CRITERIOS DE AUDITORÍA (normas y/o estándares)
Catalina Vásquez Restrepo Jefe de Oficina de Control de Interno	Referencias normativas externas: - Ley 87 de 1993, artículo 12 Donde se estipulan las funciones de los Auditores Internos. - Decreto 1537 de 2001, “por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 artículo 3: Donde se enmarcan los cinco (5) roles que deben manejar

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 2 de 8

	las oficinas de control interno. • Decreto 943 de 2014. • Decreto 1083 de 2015. • Decreto 648 de 2017, “por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.4.9., literal i). Referencias normativas internas: Plan de Mejoramiento Institucional. P-GEI-02 - Procedimiento para auditoría de control interno I-GEI-02 - Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional
--	--

1.6. CONCLUSIÓN

Aspectos a resaltar:

La asignación de enlaces para el seguimiento a los planes de mejoramiento por cada subdirección y jefatura, encargados de realizar el reporte trimestral sobre los avances de las acciones de mejora, ya que esta estrategia ha permitido agilizar la recopilación de información para el reporte. Como las formaciones y orientaciones impartidas a los enlaces en las mesas de trabajo.

Recomendación general:

Avanzar en la implementación de aquellas acciones del plan que presentan cumplimientos bajos y medios, priorizando sobre aquellas que están vencidas o están 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.

Conclusión:

En el desarrollo de la auditoría se evidenció cumplimiento del propósito de la Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, estipulada en la 4ª dimensión Evaluación de resultado; en donde se detalla que las entidades deben conocer permanentemente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas en los tiempos y recursos previstos; lo cual se evidenció mediante el seguimiento del plan de mejoramiento único de la Contraloría General de Medellín.

El Instituto tiene en el Plan de Mejoramiento Institucional, un total de ciento quince (115) observaciones, de los cuales treinta y siete (37) acciones, es decir, el treinta y dos por ciento 32% se encuentran vencidas. Así mismo, el dieciocho por ciento (18%) de las observaciones fueron cerradas por el equipo auditor al evidenciar cumplimiento de las actividades planteadas.

El detalle del seguimiento realizado por la JOCI con corte al 30 de junio de 2020 al Plan de Mejoramiento Institucional, para cada acción de mejora y las recomendaciones se informan en el anexo *Plan de Mejoramiento Institucional*. Se motiva a la Dirección para que establezca las acciones necesarias que lleven a un mayor nivel de cumplimiento del plan.

En el desarrollo de este seguimiento se identificaron dos (2) riesgos, los cuales son clasificados en un nivel de riesgos moderado y bajo respectivamente, y a estos se les generó tres (3) recomendaciones de mejora como se puede observar en la siguiente tabla:



1.6. CONCLUSIÓN

No	Riesgo identificado	Medición del Riesgo (Materialización)				Oportunidades de Mejora
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo	
1	<i>Que el Instituto en su matriz de planes de mejoramiento no demuestren avance para el cierre las acciones de mejora que subsanen las desviaciones encontradas en el proceso auditor buscando lograr la eliminación de la causa raíz.</i>			Moderado 		Seguimiento Planes de mejoramiento. Tema: Monitoreo de las actividades del plan de acción. Recomendación No 1. Tema: Recomendaciones al seguimiento de los planes. Recomendación No 2.
2	<i>Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño de los planes de mejoramiento</i>				Bajo 	Tema: Medición unidad auditable. Recomendación No 3.

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 4 de 8

2. INFORME DETALLADO

2.1 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

2.1.1 Para la auditoría se evaluó el riesgo cumplimiento: *“Que el Instituto en su matriz de planes de mejoramiento no demuestren avance para el cierre las acciones de mejora que subsanen las desviaciones encontradas en el proceso auditor buscando lograr la eliminación de la causa raíz.”.*

Y el riesgo estratégico: *“Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño de los planes de mejoramiento”*

2.1.1.1. Seguimiento Planes de mejoramiento.

Criterio Evaluado	- Plan de Mejoramiento Institucional. - P-GEI-02 - Procedimiento para auditoría de control interno - I-GEI-02 - Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional
--------------------------	---

El equipo auditor realizó una revisión de los Planes de Mejoramiento planteados por el Instituto resultantes de las auditorías realizadas por la Jefatura Oficina de Control Interno – JOCI, y deja las recomendaciones como tercera línea de defensa en el registro *Plan de Mejoramiento Institucional*, y como resultado de este análisis se obtiene:

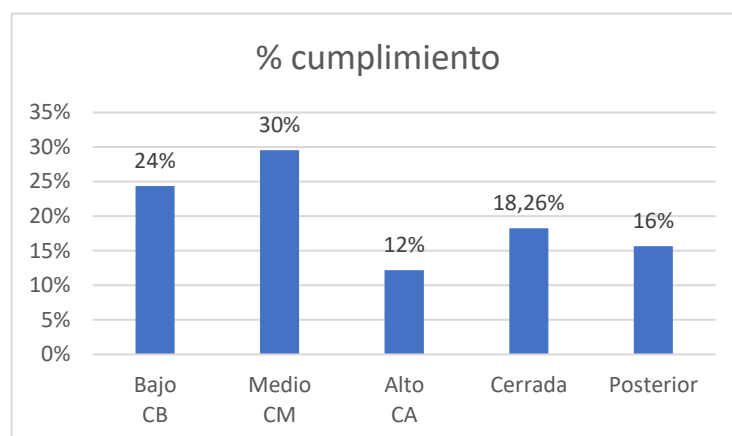
DEPENDENCIA	AUDITORIA	Total	Cumplimiento				
			Bajo CB	Medio CM	Alto CA	Cerrada	
Administrativa y Financiera	Austeridad	15		1		9	5
	Acreencias	5	3			2	
	Ley de cuotas	2		1		1	
	Control Contable	6		6			
	Administrativas	9	1	5	1	2	
Jurídica	SECOP	7	4	2	1		
	Conciliaciones	10	3	3	1	3	
	Jurídica	15	2	3	8		2
Comunicaciones	PQRSD	18	5	8	1	4	
Planeación	VNDL	6	2	2	2		
	Planeación	9	6	3			
	Dependencias	2	2				
	PAAC	11					11
PROMEDIO GENERAL		115	28	34	14	21	18

Elaboró: Equipo auditor.

De la anterior tabla se analizó que: el 24% de las acciones se encuentran en cumplimiento bajo por estar



en un avance menor al 39%; el 30% de las acciones con un cumplimiento medio al encontrarse en un avance entre el 40% y el 79%; en cumplimiento alto se encuentra en 12% de las acciones al contar con un avance entre el 80% y el 99%; el 18% de las acciones fueron cerradas al obtener un avance del 100% y un 16% de las acciones serán evaluadas en fechas posteriores.



Elaboró: Equipo auditor.

El Instituto tiene en el Plan de Mejoramiento Institucional, un total de ciento quince (115) observaciones, de los cuales treinta y siete (37) acciones, es decir, el treinta y dos por ciento 32% se encuentran vencidas. Así mismo, el dieciocho por ciento (18%) de las observaciones fueron cerradas por el equipo auditor al evidenciar cumplimiento de las actividades planteadas.

La autoevaluación es realizada por la primera línea de defensa; es decir, por cada responsable de ejecutar las acciones, se obtiene que el Instituto cuenta con un cumplimiento de las acciones planteadas de un 44% en promedio, y por auditoría y dependencia como se observa en la siguiente tabla:

DEPENDENCIA	AUDITORIA	Autoevaluación 1ra línea	
		% promedio	Promedio dependencia
Administrativa y Financiera	Austeridad	56%	38%
	Acreencias	0%	
	Ley de cuotas	100%	
	Control Contable	33%	
	Administrativas	0%	
Jurídica	SECOP	48%	69%
	Conciliaciones	80%	
	Jurídica	78%	
Comunicaciones	PQRSD	51%	51%



INFORME DE AUDITORÍA

CÓDIGO: F-GEI-04

VERSIÓN: 10

FECHA: 16/04/2020

PÁGINA: 6 de 8

Planeación	VNDL	32%	29%
	Planeación	25%	
	Dependencias	30%	
	PAAC	N.A.	

Elaboró: Equipo auditor.

De la evaluación realizada por el equipo auditor como tercera línea de defensa se concluye que el cumplimiento promedio de las acciones se encuentra en un 56%; en la siguiente tabla se observa el cumplimiento promedio por cada auditoría y dependencia:

DEPENDENCIA	AUDITORIA	Evaluación 3ra línea		
		% cerradas	% promedio	Promedio dependencia
Administrativa y Financiera	Austeridad	60%	97%	69%
	Acreencias	40%	58%	
	Ley de cuotas	50%	85%	
	Control Contable	0%	50%	
	Administrativas	22%	54%	
Jurídica	SECOP	0%	44%	55%
	Conciliaciones	30%	58%	
	Jurídica	0%	64%	
Comunicaciones	PQRSD	22%	53%	53%
Planeación	VNDL	0%	44%	34%
	Planeación	0%	29%	
	Dependencias	0%	30%	
	PAAC	0%	N.A	

Elaboró: Equipo auditor.

Se evidencia que cada subdirección a presentado un informe de avance de las acciones en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como se observa en las actas No. 2 y No. 3.

Como resultado de la evaluación del plan de Mejoramiento Institucional, se concluye que el **riesgo estratégico** no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo moderado**, determinando que el **control** establecido de seguimientos trimestrales y semestrales del *Plan de Mejoramiento* **es eficiente**; y la **gestión no es efectiva**, ya que cumplimiento promedio de las acciones es del 56% y el 32% del total de las acciones se encuentran vencidas.

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 7 de 8

Observación No.	N.A.
Recomendación No. 1	Tema: Monitoreo de las actividades del plan de acción. El equipo auditor observa que se han realizado los seguimientos trimestrales desde cada dependencia responsable; no obstante, es necesario que cada uno de los campos del formato sean debidamente diligencias, califiquen las autoevaluaciones y adjunten los registros que soportan el cumplimiento de las acciones. De igual manera, dar celeridad al avance de cada una de las acciones en especial las que se encuentran en cumplimiento bajo y medio.
Recomendación No. 2	Tema: Recomendaciones al seguimiento de los planes. Revisar y analizar cada una de las recomendaciones dadas por la Jefatura Oficina de Control Interno en cada plan de mejora, esto con el fin de que se tomen decisiones de mejora de las actividades para obtener el logro de los objetivos propuestos.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización) Moderado 	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología) Eficiente	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología) No efectiva

2.1.2 Para la auditoría se evaluó el riesgo estratégico: “Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del Sistema de Control Interno, ni implemente acciones de mejoramiento”.

2.1.2.1. Medición del proceso (Riesgos, indicadores, planes de mejoramiento).

Criterio Evaluado	- Decreto 1499 de 2017. Dimensión 2. Direccionamiento estratégico y planeación. Dimensión 4. Evaluación de resultados. Política Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional. - Resolución interna 366 de 2019, cláusula 4 responsabilidades de la implementación de la política integral de la administración de riesgos. Y su respectivo procedimiento P-GM-06 - NTC ISO 9001:2015. - P-GEI-02 Procedimiento para auditoria de control interno. - I-GEI-02 Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional. - F-GEI-06 Plan de mejoramiento único institucional de control interno.
--------------------------	--

Situación Detectada	<u>Administración de riesgos:</u> Al revisar el F-GM-29 matriz de riesgos del proceso de gestión estratégica, no se identifican riesgos ni causas asociadas al cumplimiento y efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento, con el propósito que se cuenten con tratamientos de permitan el cumplimiento del logro o propósito esperado definido de estas acciones. <u>Indicadores de gestión:</u> Se realiza verificación en el sistema de información SIFI - Módulo SMO, no encontrando un indicador relacionado con la medición de la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes
----------------------------	--

 Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 8 de 8

de mejoramiento, pero se cuenta con seguimientos trimestrales de los avances de las actividades con sus respectivos soportes de ejecución.

Plan de mejoramiento:

Del último informe de auditoría de ley realizado al seguimiento del plan de mejoramiento institucional con memorando 200-108 del 17/12/2019 no se generaron observaciones y por tanto no cuentan con planes de mejoramiento en implementación.

Como resultado de la medición de la unidad auditable, se concluye que el **riesgo estratégico** no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo bajo**, determinando que el **control** establecido de seguimientos trimestrales y semestrales del *Plan de Mejoramiento Institucional* **es eficiente**; y la **gestión es efectiva**, ya que se cuenta con los reportes y soportes de las acciones; aunque es importante evaluar en identificar posibles riesgos relacionados con los planes de mejora.

Observación No.	N.A.
Recomendación No.3	Tema: Medición unidad auditable. Evaluar la necesidad de identificar riesgos y controles referentes a la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes de mejoramiento. Continuar realizando el seguimiento y monitoreo a las acciones de los planes de mejoramiento de acuerdo a las responsabilidades de cada línea de defensa.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Bajo 	Eficiente	Efectiva

Cordialmente,

Catalina Vásquez R.

CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO

Jefe de Oficina de Control Interno

(*) *Firma digital.*

CP

UPAU.

CP

Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo	Revisó	María Paulina Berrio Villa	Aprobó	Catalina Vásquez Restrepo
	Jefe de Oficina de Control Interno		Contratista de apoyo		Jefe de Oficina de Control Interno

(*) *VoBo Digital*