

8150-OFICI-

Bogotá, D.C, 11 de mayo 2023

INPEC 12-05-2023 08:38
Al Contestar Cite Este No.: 2023IE0099950 Fol:15 Anex:0 FA:0
ORIGEN 8150 - OFICINA DE CONTROL INTERNO / OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO
DESTINO 8100 - DIRECCION GENERAL / DANIEL FERNANDO GUTIERREZ ROJAS
ASUNTO INFORME DE EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL – PRIMER CUATRIMESTRE 2023.
OBS

2023IE0099950



Señor Teniente Coronel
DANIEL FERNANDO GUTIERREZ ROJAS
Director General
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC
Ciudad

Asunto: Informe de Evaluación Mapa de Riesgos Institucional – Primer Cuatrimestre 2023.

Cordial saludo,

De manera atenta me permito presentar el primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2023, el cual se remitirá a los responsables de los procesos para su socialización.

En este informe cada dueño de proceso podrá encontrar las observaciones indicadas por esta oficina, sin embargo, se reitera la importancia de entregar la información requerida de acuerdo a la meta establecida en las fechas y carpetas indicadas.

La oficina de Control Interno publicara el informe para su consulta en la pagina institucional, link <https://www.inpec.gov.co/hu/web/guest/atencion-al-ciudadano/plan-anticorrupcion/plan-anticorrupcion-plantic>

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente



OSCAR ORLANDO GÓMEZ PINTO
Jefe Oficina de Control Interno (E)

Se adjunta: Informe en (05) folios
Anexo No. 01 en (09) folios.

Revisado por: Oscar Orlando Gómez Pinto – Jefe oficina de control interno (e).
Elaborado por: Katerine Bastidas Estrada - Coordinadora Grupo Evaluación a la Gestión del Riesgo OFICI
Fecha de elaboración: 11 de mayo 2023
Archivo: C:\Users\ABASTIDASE\Desktop\ESCRITORIO\GRUPO EVALUACION A LA GESTION DEL RIESGO\INFORMES 2023\2023 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL\PRIMER SEGUIMIENTO

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFF.

**PRIMER INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Cuadro 1.

Nombre del Informe:	Primer Seguimiento Mapa de Riesgos Institucional 2023.
Objetivo	Verificar y evaluar la elaboración, ejecución y seguimiento del Mapa de Riesgos de la Entidad.
Alcance	Evaluación a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Mapa de Riesgos del Instituto, con corte 30 de abril de 2023.
Normatividad	<p>Ley 87 de 1993 “por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>Ley 1474 de 2011 “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”</p> <p>NTC ISO 31000 <i>Gestión del Riesgo. Principios y Directrices.</i></p> <p><i>Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 octubre 2018 – DAFP</i></p> <p><i>Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP</i></p> <p>Decreto 1499 de 2017, “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.”</p> <p>Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública.”</p>

METODOLOGÍA

El seguimiento al mapa de riesgos permite efectuar el análisis, recomendaciones y observaciones en torno a la identificación de riesgos, el diseño de los controles, su ejecución y su capacidad de mitigar causas, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos que impacten en los objetivos planteados en cada uno de los 16 procesos establecidos en la institución, con el siguiente diseño metodológico:

1. Determinación del alcance: Para 15 procesos se identificaron 89 riesgos, para los cuales, los dueños de proceso diseñaron 166 controles, y programaron 87 acciones asociadas, así:

Cuadro 02.

	PROCESOS	RIESGOS	CONTROLES	PLAN DE ACCIÓN
1	Planificación Institucional	03	05	01
2	Comunicación Estratégica	01	03	01
3	Derechos Humanos y Atención al Cliente	05	12	04
4	Gestión Disciplinaria	03	06	05

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos”. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

PROCESOS		RIESGOS	CONTROLES	PLAN DE ACCIÓN
5	Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario y Carcelario	05	08	01
6	Gestión del Conocimiento Institucional	02	02	02
7	Seguridad Penitenciaria y Carcelaria	03	07	03
8	Atención Social	12	14	10
9	Gestión Legal	05	11	04
10	Gestión del Talento Humano	17	37	18
11	Tratamiento Penitenciario	14	22	13
12	Logística y Abastecimiento	08	18	11
13	Gestión Financiera	04	09	02
14	Gestión Documental	04	07	09
15	Gestión de Tecnológica e Información	03	05	03
TOTAL		89	166	87

2. Verificación de los riesgos identificados:

Teniendo en cuenta que el Riesgo es: el “*efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales*”(*). El día 03 de marzo de la anualidad mediante radicado 2023IE0047377, la Oficina de Control Interno efectuó la evaluación independiente sobre el diseño y la cobertura de riesgos al mapa de riesgos institucional 2023. Evaluando:

- Redacción de riesgos:** Se validó para cada una de las causas establecidas en los riesgos, su adecuada redacción, con el fin de asegurar que los controles y acciones generen valor al proceso.
- Diseño de Controles:** Se realizó un análisis de efectividad de diseño de los controles, evaluando el cumplimiento de los atributos de trazabilidad, recurrencia, funcionalidad y segregación de funciones, que de acuerdo con la guía se definen para los controles efectivos.
- Ejecución de controles y acciones:** En el primer seguimiento se busca evaluar el cumplimiento a la ejecución de los controles y acciones, según su nivel de riesgo extremo y/o alto, luego de que en el mes de marzo se realizará la evaluación independiente al diseño de los controles, donde se remitió a los responsables de los Procesos las observaciones para sus respectivos ajustes.
- Conclusiones:** Si bien se notificó a los responsables de los procesos la evaluación independiente sobre el diseño y la cobertura de riesgos al mapa de riesgos institucional 2023 y se dio un plazo prudencial para realizar los respectivos ajustes, a la fecha la Oficina de Control Interno solo recibió los ajustes realizados por el proceso Gestión del Talento Humano, Derechos Humanos y Atención al Cliente.

(*): *Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos*”. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

Es importante mencionar que la Oficina Asesora de Planeación manifestó que los ajustes se realizarán durante en el segundo cuatrimestre del año a los procesos que soliciten modificación. Así las cosas, se envió correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación con los ajustes efectuados por los procesos Gestión del Talento Humano y Derechos Humanos y Atención al Cliente para que realicen los ajustes en el segundo cuatrimestre.

RESULTADOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Identificación de riesgos:

No se tiene un parámetro para establecer si la cobertura del análisis es suficiente, se recomienda realizar un análisis de recorrido o paso a paso para identificar riesgos inherentes, así mismo evaluar posibles materializaciones y PQRSD, que les permita a los procesos identificar nuevos riesgos o mejorar los que están identificados.

Redacción de riesgos:

Se observó debilidades en la redacción de los riesgos, esto debido a que al revisar la estructura propuesta se encontró que:

- El (22%) no relacionan la causa inmediata o la circunstancia bajo la cual se presenta el riesgo.
- El (21%) no describe la causa raíz en su redacción lo que no permite determinar la causa principal, que es donde deberá implementarse el control.
- El (7%) no tienen identificado el impacto en la estructura del riesgo, lo que no permite a la organización precisar las consecuencias que puede ocasionar la materialización del riesgo.

Diseño de Controles:

Al revisar en el diseño de los controles bajo los seis (6) criterios de evaluación, se observaron las siguientes debilidades:

- El (23%) no describe “Que pasa con las observaciones o desviaciones”: No se especifica el tratamiento y la oportunidad en corrección de las desviaciones.
- El (22%), no diligencia el “Propósito”: El propósito de los controles analizados no está dirigido a prevenir o mitigar las causas generadoras.
- El (14%) no describe “Como se realiza la actividad de control: No se especifica el procedimiento de control indicando claramente: quien, cuando, donde y como se ejecuta.

Ejecución de Controles y acciones:

En el anexo No. 1 encontrarán las debilidades identificadas durante la verificación de los soportes de ejecución de los controles y acciones. A partir de estas observaciones se puede concluir un nivel incipiente de control y una moderada efectividad del sistema:

() : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos”. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.*

- Procesos que no adjuntan soporte de las actividades.
- Procesos que proponen los mismos controles y actividades.
- Soportes que no se relacionan con el control y la acción planteada por el proceso.
- Procesos que no diligencian la matriz Excel. Situación que impide identificar qué riesgos se han materializado.
- Procesos que incumplen con el monitoreo.
- Procesos que plantean un mismo control para todos sus riesgos.
- Procesos con duplicidad de controles en un mismo riesgo que solo varía los responsables.

Cabe resaltar que el monitoreo se limita a evidenciar soportes de ejecución y no tiene dentro de su alcance la evaluación de efectividad, por lo que se resalta que el hecho de que un control cumpla en el monitoreo no significa que sea efectivo en la práctica.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de que los dueños de los procesos con apoyo de la Oficina Asesora de Planeación determinen controles robustos que se desarrollen desde el nivel central con un monitoreo continuo y no se delegue la responsabilidad del control a las dependencias del nivel operativo, lo que se traduce en bajo nivel de efectividad dada la inadecuada segregación de funciones.

Con base en la evaluación y seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2023 (Ver anexo 1), emite un concepto: **Deficiente**, esto debido a que el proceso de identificación y aseguramiento de riesgos se encuentra en un nivel de desarrollo incipiente, enfocado en el cumplimiento y no en el mejoramiento continuo de los procesos.

Fortalecimiento de las líneas de defensa: Los resultados evidencian, la falta de interacción permanente entre las áreas responsables de los procesos, la Oficina Asesora de Planeación como área de apoyo y acompañamiento y la Oficina de Control interno como verificador de la efectividad y responsable de la retroalimentación, situación que impide el desarrollo y mejoramiento del sistema.

RECOMENDACIONES

1. La Oficina Asesora de Planeación debe definir un parámetro de calidad para establecer la suficiencia de la cobertura del análisis de riesgos al interior de cada proceso.
2. Incrementar la calidad del mapa de riesgos institucional, en el proceso de actualización anual. Con el fin de evitar:
 - Riesgos no entendibles.
 - Acciones y controles duplicados.
 - Controles inefectivos desde el diseño.
 - Evidencias no pertinentes.

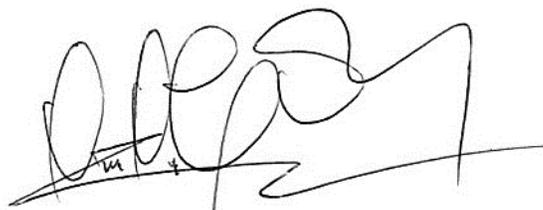
(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

3. Establecer acuerdos de nivel servicio entre las tres líneas de defensa para asegurar la respuesta efectiva de los procesos ante nuevos riesgos y la necesidad de robustecer los controles vigentes.
4. Incluir en la actualización de la matriz de riesgos 2023, los riesgos identificados por la Oficina de Control Interno, reportados a los dueños de proceso y Oficina Asesora de Planeación durante la vigencia 2022.
5. Para el caso de los procesos descentralizados, cuyos controles y acciones se formulan bajo diferentes responsables, se solicita establecer una cabeza visible que dé respuesta a los controles y las acciones, para evitar que se diluya la responsabilidad y se pierda la efectividad de los planes propuestos.
6. Revisar en el anexo No. 01 las observaciones realizadas por la oficina de control interno a cada uno de los control y acción para cada riesgos.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta el resultados **Deficiente** que la Oficina de Control Interno emite en este informe, y toda vez que se vislumbra cumplimiento del 13,13% del total de procesos frente a las observaciones realizadas en la evaluación independiente al diseño y la cobertura de riesgos al mapa de riesgos institucional 2023 que fue notificado a los responsables de los procesos y sus colaboradores el día 03 de marzo de 2023 mediante radicado 2023IE0047377, nos permitimos informar que esta Oficina, programará capacitación a nivel nacional a los involucrados, con el fin de aclarar las diferentes situaciones.

RESPONSABLE



OSCAR ORLANDO GÓMEZ PINTO
Jefe Oficina de Control Interno (E)

Revisado por: Oscar Orlando Gómez Pinto – Jefe oficina de control interno (e).

Elaborado por: Katerine Bastidas Estrada - Coordinadora Grupo Evaluación a la Gestión del Riesgo OFICI

Fecha de elaboración: 11 de marzo 2023

Archivo: C:\Users\ABASTIDASE\Desktop\ESCRITORIO\GRUPO EVALUACION A LA GESTION DEL RIESGO\INFORMES 2023\2023 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL\PRIMER SEGUIMIENTO

(Anexo 1) REVISIÓN DE LAS ACCIONES ADELANTADAS FRENTE AL CONTROL

Con respecto a los controles establecidos en el mapa de riesgo institucional, se solicitó reporte y evidencia de las acciones adelantadas con corte 30 de abril de 2022, cuyo análisis se presenta en el siguiente cuadro:

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
Derechos Humanos y Atención al Cliente	R-11		X	1	Parcial	1	Parcial	Control y Acción 1: La regional norte y noroeste no adjunta evidencia en las carpetas drive y la información cargada en carpetas comprimidas por la regional central no permite abrir los documentos registra error. Teniendo en cuenta lo anterior se recomienda realizar un registro de calidad de los documentos.
				2	Parcial	2	SI	Control 2: La regional norte y noroeste, occidente no adjunta evidencia en las carpetas drive y la regional central presenta la situación expuesta en el control 1.
Gestión Disciplinaria	R-15		X	1	Parcial	1	Parcial	Control 1: Se recomienda al proceso realizar un control de calidad de los soportes adjuntos al drive, teniendo en cuenta que de los 14 documentos tan solo 2 se relacionan con la actividad. No se observa evidencias de los Grupo de Prevención Direcciones Regionales norte, noroeste, occidente, central y viejo caldas.
				2	SI			Acción 1: Se evidencia cumplimiento de la regional occidente y oriente algunos de sus establecimientos. Las evidencias que asocian la OFIDI y Grupo de Prevención corresponden al mes de mayo.
								Control 2: Las evidencias de la OFIDI, Grupo de Secretaría Común y Grupo de investigaciones son acordes. Sin embargo, de las 6 regionales tan solo la regional oriente adjunta evidencias.
Gestión del Conocimiento Institucional	R-22		X	1	SI	1	N/A	Control 1: Las evidencias son acordes a los controles planteados. Acción 1: Actividad programada para el 2 y 3 cuatrimestre.
Seguridad Penitenciaria y Carcelaria	R-23		X	1	Parcial	1	SI	Control 1: En carpetas drive se observa cumplimiento de las actividades en la regional oriente, occidente, viejo caldas y noroeste, sin embargo, es de anotar que no

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO

PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
								todos los establecimientos cumplen y que la regional noroeste no adjunta el informe a la DICUV. Con relación a la regional norte y central no adjuntan evidencias. Acción 1: Soportes acordes a lo planteado. Pendiente cargar en el segundo cuatrimestre las evidencias correspondientes al mes de abril.
				2	Parcial			Control 2: Se observa cumplimiento de la regional occidente y viejo caldas, e incumplimiento de la regional central y norte. Con relación a la regional oriente y noroeste las evidencias no son acordes. Se sugiere revisar las evidencias que deberán aportar y realizar un registro de calidad de los soportes.
				3	Parcial			Control 3: Los soportes de la carpeta drive de la regional central no permite abrir los documentos registra error, las carpetas de la regional occidente se encuentran vacías, las evidencias de la regional noroeste, viejo caldas y oriente son acordes. Se recomienda tener claridad en las evidencias que deberán cargar los ERON y las regionales, importante que las direcciones regionales carguen el informe y este se incluya los 3 controles.
				1	Parcial			Control 1: las evidencias de la regional occidente, viejo caldas, noroeste y oriente son acordes, se les sugiere adjuntar el informe que elaboran a la DICUV a excepción de la regional oriente. Se observa incumplimiento de la regional norte y central. Importante revisar cuales son las evidencias que deberán cargar los ERON y DIREG.
				2	Parcial			Control 2: Las evidencias de la carpeta drive de la regional occidente, viejo caldas y oriente son acordes a

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
								lo planteado, se les sugiere adjuntar el informe que elaboran a la DICUV a excepción de la regional oriente. Con respecto a la regional noroeste adjunta matriz excel con cumplimiento de audiencias virtuales, no obstante, es importante mencionar que la evidencia que debe cargar cada ERON es el documento de gestión ante las autoridades judiciales.
Atención Social	R-34	X		1	SI	1	SI	Control 1: Las evidencias de la carpeta drive son conformes a la actividad y corresponden del mes de enero a marzo, no se observa soporte del mes de abril. Acción 1: Se recomienda revisar la acción y replantearse, toda vez que al revisar esta habla de la misma actividad y evidencia propuesta en el control.
	R-36	X		1	SI	1	SI	Control 1: evidencias del mes de marzo y abril conformes a la actividad, no adjuntan el soporte correspondiente al mes de febrero. Acción 1: las evidencias son pertinentes.
	R-35		X	1	<u>NO</u>	1	SI	Control y Acción 1: Las evidencias que adjunta el proceso tanto para el control como para la acción son los mismos, cabe mencionar que en el control se habla de capacitación y en la acción de retroalimentación, así las cosas, estos soportes corresponden a la acción. Se sugiere cargar las evidencias del control de acuerdo a lo propuesto.
	R-38			X	1	Parcial	1	SI

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
Gestión Legal	R-41		X	1	SI	1	SI	Control y Acción 1: La información del drive se relaciona con la actividad propuesta.
Gestión del Talento Humano	R-55	X		1	<u>NO</u>	1	<u>NO</u>	Control y Acción 1: No se observan evidencias en la carpeta drive.
	R-59		X	1	<u>NO</u>	1	SI	Control 1: Al revisar los soportes se encontró matriz Excel de los reportes realizados por la regional norte, occidente y el complejo de COBOG de los meses de enero, febrero y marzo. no se observa el cronograma, ni las imágenes de los correos electrónico, como menciona la evidencia para el control Se sugiere respetuosamente revisar y si es el caso ajustar la evidencia propuesta en el control, esto tendiendo que no asegura la efectividad del control. Acción 1: Las evidencias son acordes.
				2	<u>NO</u>			Control 2: No se observan evidencias en la carpeta drive.
	R-102		X	1	SI	1	SI	Control y Acción 1: las evidencias de la carpeta drive son acordes.
				2	<u>NO</u>			Control 2: Las evidencias que relacionan en el drive no corresponden al control planteado, estos soportes hacen referencia al código de integridad.
	Tratamiento Penitenciario	R-72	X		1	Parcial	1	<u>NO</u>
2					Parcial	2	<u>NO</u>	Control 2: La Subdirección de Desarrollo de Habilidades Productivas, regional central, norte, noroeste y occidente, no adjuntan evidencias en el drive, a diferencia de la regional oriente y viejo caldas, que dieron cumplimiento. Acción 2: No agregan evidencias en la carpeta drive.
3					<u>NO</u>	3	<u>NO</u>	Control 3: En carpeta drive se encontró evidencias solo de la regional oriente, la subdirección de desarrollo de habilidades productivas, dirección regional central,

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
								occidente, norte, noroeste, viejo calda y establecimientos adscritos no adjuntan soportes. Acción 3: No agregan evidencias en la carpeta drive.
	R-71		X	1	SI	1	NO	Control 1: Información de carpeta drive acorde con el control. Acción 1: No se añaden evidencias en la carpeta drive.
	R-74		X	1	Parcial	1	Parcial	Control 1: No se observan en la carpeta drive información de la subdirección de desarrollo de habilidades productivas y de los establecimientos adscritos de la regional norte, central, noroeste. A diferencia de los establecimientos adscritos de la regional occidente, oriente, viejo caldas, que anexan soportes acordes al control. Acción 1: La información de la carpeta drive de la regional occidente y oriente, corresponde con el control, la regional viejo caldas su carpeta está vacía y la regional norte, noroeste y central, no adjuntan evidencias.
2				NO	Control 2: No agregan evidencias en la carpeta drive.			
3				NO	Control 3: No agregan evidencias en la carpeta drive.			
	R-100		X	1	SI	1	Parcial	Control 1: Evidencias de la carpeta drive acordes pendiente informe del mes de abril. Acción 1: La información relacionada por la regional oriente, occidente, viejo caldas y GRAPO es acorde al control. No se encontró soportes correspondientes a la regional norte, noroeste y central.
2				Parcial	2	Aclarar cuál será la evidencia a evaluar.	Control 2: En la carpeta drive se observa Informes acordes al control de la regional occidente y oriente y sus establecimientos adscritos, así mismo la evaluación y retroalimentación de la SUBDA. No se encontró información de la regional norte, noroeste, central y viejo caldas.	

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
								Acción 2: Para esta acción no es clara la evidencia que se evaluará en la revisión, se recomienda examinar y de ser necesario ajustarla.
				3	SI	3	NO	Control 3: Información de carpeta drive acorde al control. Acción 3: No cargan evidencias en la carpeta drive.
				4	Parcial	4	NO	Control 4: En carpeta drive la regional occidente, oriente y viejo caldas, relacionan información acorde al control, sin embargo, quedó pendiente la correspondiente al mes de abril, así como también las evidencias del total de establecimientos adscritos. Con relación a las regionales norte, noroeste y central no se encontró información. Acción 4: No cargan evidencias en la carpeta drive.
Logística y Abastecimiento	R-83	X		1	Parcial	1	NO	Control 1: La información del grupo de seguros, regional oriente y viejo caldas y algunos de sus establecimientos adscritos son pertinentes, no obstante, se observa que la regional norte, noroeste, central y occidente no cargan evidencias en el drive. Acción 1: No se asocian soportes en la carpeta drive.
	R-101	X		1	SI	1	NO	Control 1: La grabación del seguimiento infraestructura ERONES - INPEC-USPEC (2023) es acorde al control. Acción 1: La evidencia relacionada corresponde al control 1, se sugiere revisar y cargar correctamente los soportes.
	R-76		X	1	Parcial	1	Parcial	Control 1: La documentación que adjunta el SUGEC, regional occidente, oriente y viejo caldas son conformes al control. No se encontró información de la regional central, norte y noroeste. Acción 1: La subdirección de gestión contractual, regional occidente y oriente, relacionan información acorde a la acción. No se observa documentación de la regional norte, noroeste, central y viejo caldas.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
	R-82		X	2	Parcial	2	SI	<p>Control 2: Los documentos que adjunta subdirección de gestión contractual, dirección regional occidente, oriente, viejo caldas y establecimientos son conforme al control planteado. La regional central, norte y noroeste no cargan evidencias al drive.</p> <p>Acción 2: La información del drive se relaciona con acción.</p>
				1	SI	1	Parcial	<p>Control 1: Los soportes del drive son acordes al control.</p> <p>Acción 1: La información de GUEH, es acorde con la acción, se recomienda al GOLOG, GOMAB y regional viejo caldas, revisar la actividad antes de cargar las evidencias, no se encontró evidencias de las demás Unidades de almacén del INPEC.</p>
				2	Parcial			<p>Control 2: El GARMA, GOLOG, GOMAB, GUSER, la regional occidente, oriente y algunos de sus establecimientos cargan evidencias al drive de la ejecución del control, no se observa información de la regional norte, noroeste, central, viejo caldas y escuela penitenciaria.</p>
				3	Parcial			<p>Control 3: La información del drive del GARMA y GUEH es acorde al control, del GOLOG no corresponden y del GOMAB pertenecen a la vigencia 2022. Así mismo las regionales que cargaron evidencias al drive fueron occidente, oriente y algunos de sus establecimientos, no se encontró soportes de la escuela penitenciaria, regional norte, noroeste, viejo caldas y central.</p>
Gestión Financiera	R-88		X	1	SI	1	SI	<p>Control y Acción 1: las evidencias del drive son acordes a lo planteado por el proceso.</p>
				2	SI			<p>Control 2: la evidencia del drive son acordes al control.</p>
				3	Parcial			<p>Control 3: la información del drive del grupo de tesorería y pagadores de algunos de los establecimientos de la regional occidente y viejo caldas</p>

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO									
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES	
								tiene relación directa con el control, no obstante falta información del resto de pagadores de las subunidades de negocio.	
Gestión Documental	R-91	X		1	SI	1	SI	Control 1: La información adjunta al drive es conforme al control.	
						2	SI	Acción 1 y 2: El proceso carga evidencias acordes, sin embargo, se sugiere de manera respetuosa unificar las acciones y ajustar los responsables a cada acción.	
	R-99	X		1	SI	1	Parcial	Control 1: Las evidencias del drive cumplen con lo planteado, no obstante, se sugiere al proceso revisar el control, teniendo en cuenta que este es igual al control 1 del riesgo 91. Por tanto, es necesario evaluar los riesgos 91 y 99, así como sus controles. Acción 1: En los soportes del drive no se encontró el informe que menciona la acción, el proceso adjunta imagen de correo electrónico con información correspondiente al periodo sept-dic 2022. Se recomienda revisar las evidencias. Con respecto al Excel este se ajusta a la acción.	
							2	SI	Acción 2: La información del drive es acorde a lo planteado.
	R-93			X	1	SI	1	SI	Control 1: Las evidencias del drive cumplen con lo planteado, no obstante, se sugiere al proceso revisar el control, teniendo en cuenta que este es igual al control 1 del riesgo 91, 99. Por tanto, es necesario evaluar los riesgos 91, 99 y 93, así como sus controles. Acción 1: Las evidencias cumplen con lo planteado.
								2	SI
Gestión de Tecnológica e Información	R-96	X		1	<u>NO</u>	1	<u>NO</u>	Control y Acción 1: No se encontró información en la carpeta drive.	
				2	<u>NO</u>			Control 2: Para este control la única regional que adjunta evidencias es la oriente y algunos de sus establecimientos. No se encontró cumplimiento de la	

(*) : Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos". Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 diciembre 2020 – DAFP.

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES - PROCESOS CON NIVEL DE RIEGO EXTREMO - ALTO								
PROCESOS	RIESGOS	GESTION	CORRUPCION	CONTROL	CUMPLIO	PLAN DE ACCIÓN	¿CUMPLIÓ?	OBSERVACIONES
								regional norte, noroeste, viejo caldas, central, occidente y establecimientos adscritos.
	R-97		X	1	<u>NO</u>	1	<u>NO</u>	Control 1: No se encontró información en la carpeta drive. Acción 1: No se encontró información en la carpeta drive.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional publicado en página web institucional - Información provista por los responsables de los procesos.