

8150- OFICI

Bogotá, D.C. 24 de febrero de 2023

INPEC 01-03-2023 08:14
Al Contestar Cite Este No.: 2023IE0044003 Fol:95 Anex:2 FA:95
ORIGEN 8150 - OFICINA DE CONTROL INTERNO / OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO
DESTINO 501 - CPAMSPA-CÁRCEL Y PENITENCIARIA CON ALTA Y MEDIA SEGURIDAD LA PAZ. INCLUYE PABELLÓN
RECLUSIÓN ESPECIAL, PABELLÓN DE JUSTICIA Y PAZ / ANA SOFÍA HIDALGO ALVARADO
ASUNTO NOTIFICACIÓN INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN CPAMSPA LA PAZ
OBS
2023IE0044003



Doctora

ANA SOFÍA IDALGO ALVARADO

Directora Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad la Paz

Carrera 70 N 23-10 Barrio San Francisco

direccion.epcitagui@inpec.gov.co

Asunto: Notificación Informe de auditoría de gestión CPAMSPA La Paz.

Cordial Saludo:

La oficina de control interno, ejerciendo su función de seguimiento y apoyo a la gestión de la administración y la mejora continua, realizó auditoría de cumplimiento a la gestión del día 26 de septiembre al día 30 de septiembre de 2022 con el objetivo de evaluar el sistema de control interno y el cumplimiento de la función misional y legal de los procesos seleccionados, por lo que se remite a continuación el informe de auditoría.

Es importante informar a la Dirección del establecimiento que al recibir el informe adjunto cuenta con diez (10) días hábiles para generar un PLAN DE MEJORAMIENTO en el formato diseñado por la entidad, implementando acciones correctivas y preventivas a cada uno de los hallazgos descritos en el informe, documento que debe ser remitido a esta oficina para ser validado antes de cargar al aplicativo ISOLUCION donde se cargarán las evidencias de las actividades que den solución a los hallazgos.

Cordialmente,



OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO
Jefe Oficina de Control Interno (e)

Con copia para conocimiento:

Dra. Imelda López Solórzano

Directora Regional Noroeste

Anexo: Informe en noventa y cuatro folios (94)

Revisado por: Katerine Bastidas Estrada – Coordinadora grupo evaluación a la gestión del riesgo.

Elaborado por: Equipo auditor.

Fecha de elaboración: 01 de marzo de 2023

INFORME DE AUDITORIA

1. NOMBRE DEL LUGAR/DEPENDENCIA O PROCESO:	Cárcel y Penitenciaría con Alta y Media Seguridad la Paz – CPAMSPA La Paz.
2. RESPONSABLE:	Dra. Ana Sofía Idalgo Alvarado
3. AUDITOR LIDER:	Shayra Mellyssa Vargas
4. EQUIPO AUDITOR	<ul style="list-style-type: none">• Yair Donald Pacheco Acosta - Seguridad Penitenciaria y Carcelaria• Blanca Nelly Correa Sánchez - Atención Social - Tratamiento Penitenciario• Shayra Mellyssa Vargas - Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario y Carcelario• Alexis Katerine Bastidas Estrada - Gestión Talento Humano• Joan Alonso Mora Márquez - Logística y Abastecimiento- Gestión Documental• Jinny Andrea García Olarte - Gestión Financiera
5. FECHA DE LA AUDITORIA:	Del 26 al 30 de septiembre de 2022

6. Objetivo

Realizar el seguimiento, evaluación y verificación de la gestión de los procesos de; Seguridad Penitenciaria y Carcelaria; Atención Social - Tratamiento Penitenciario; Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario y Carcelario; Gestión del Talento Humano; Logística y Abastecimiento –Gestión Documental y Gestión Financiera, para el cumplimiento de los objetivos misionales, en el marco de las disposiciones normativas que regulan su operatividad, con miras a fortalecer el Sistema de Control Interno y promoviendo la mejora continua en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

7. Alcance

Se verifica el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que le son aplicables a los procesos. Así mismo, se verifica el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos y los controles aplicados en la gestión, por el periodo comprendido entre el **1 de septiembre del año 2021 hasta el 31 de agosto del año 2022**.

8. Criterios Utilizados

Constitución Política de Colombia de 1991.

Leyes: Ley 65 de 1993 “Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario”; 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”; Ley 594 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”; Ley 1150 de 2007 “Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993”;

Ley 1709 de 2014 “Por medio de la cual se reforman algunos Artículos de la Ley 65 de 1993”; Ley 1755 de 2015 “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”; Ley 1952 de 2019 “Por medio de la cual se expide el Código General Disciplinario”.

Decretos: 1082 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional”; Decreto 407 de 1994; Decreto 1295 de 1994 “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales” y Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.

Acuerdos: Acuerdo 010 de 2004 “Por medio del cual se expide el Reglamento general para el manejo de recursos propios del INPEC, generados en los Establecimientos de Reclusión”; Acuerdo 060 del 2001 “Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas”.

Resoluciones: Resolución 7302 de 2005” Por medio de la cual se revocan las Resoluciones 4105 del 25 de septiembre de 1997 y número 5964 del 9 de diciembre de 1998 y se expiden pautas para la atención integral y el Tratamiento Penitenciario”; Resolución 4443 del 20 de 2014” Por la cual se establece el procedimiento para el manejo de dinero incautado a internos”; Resolución 6349 de 2016 “Por el cual se expide el Reglamento General de los Establecimientos de Reclusión a Nivel Nacional-ERON a Cargo del INPEC”; Resolución 00378 de 2017 “Por la cual se adopta aplicativo GESDOC como único sistema de radicación de las comunicaciones oficiales en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC”; Resolución 2025 de 2019 “Por medio de la cual se delegan unas competencias”.

Otros: Auditoria Interna de Gestión/ Informe preliminar de auditoria o de auditoria PV-CI-P01-F04 V02; Manual de Contratación PA-LA-M03 V07; Procedimiento para la Entrega del Puesto de Trabajo PA-TH-P28V01; Procedimiento Control de Inventarios PA-LA-P01V02; Manual de Gestión Documental PA-DO-M01; Procedimiento de Organización Documental de las Historias Laborales PA-DO-P11 V01; Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación M-ICR-01 expedido por Colombia Compra Eficiente; Guía para comprar en la Tienda Virtual del Estado Colombiano a través del Acuerdo Marco para la adquisición de Productos y Servicios Google; Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia PM-SP-G20; Manual Registro a Personas y Requisa de

Paquetes, Vehículos e Instalaciones PM-SP-M07; Manual de Material de Defensa y Municiones PA-LA-M01; Clasificación de las Personas Privadas de la Libertad en Niveles de Seguridad, PM-SP-P02V02; Guía para Administración de Llaves PM-SP-G05; Manual para Elaborar el Plan de Defensa en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional PM-SP-M11; Manual para Elaborar el Plan de Seguridad en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional PM-SP-M10; Guía para la Administración de Llaves PM-SP-G05 V03; Oficio 8200-DICUV 2022IE0064443 “Instrucción para la Asignación de Servidores(es) Penitenciarios del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, para Ejecución de Actividades de Clasificación en Niveles de Seguridad”; Procedimiento Prisión y Detención Domiciliaria para Persona Privada de La Libertad PM-DJ-P03; Procedimiento Egreso de la Persona Privada de la Libertad del Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional PM-DJ-P02; Guía para Conformar el Folder de Evidencias PM-DJ-G04; Manual para los Servicios de Seguridad en un ERON PM-SP-M08; Plan de Bienestar e Incentivos Institucional PA-TH-PN05, Procedimiento Evaluación de Evento de Salud por Medicina Laboral – ESMEL PA-TH-P01; Procedimiento para el Reporte de Incapacidades por Enfermedad General, Laboral, Accidentes de Trabajo y Licencias Médicas PA-TH-P17; Procedimiento Depuración Cuentas Contables PA-GF-P014; Procedimiento Caja Menor PA-GF-P07; Procedimiento Conciliaciones Bancarias PA-GF-P09; Procedimiento para el Trámite para Adquisición de Tiquetes Aéreos al Exterior del País; Procedimiento para el Reconocimiento y Pago de Viáticos y Gasto de Viaje PA-GF-P08; Oficio “Proyecto depuración de Cuentas del Balance de la Dirección de Gestión Corporativa”; Procedimiento de Aplicación y Seguimiento de las Prácticas Higiénico-Sanitarias en las Actividades Productivas que Manipulan Alimentos y Expendios PM-AS-P19; Procedimiento de Atención en Salud PM-AS-P03; Procedimiento Informe de gestión subdirección atención en salud PM-AS-P06; Procedimiento COSAD PM-AS-P13; Guía de Entrega de Dotación Kits de Aseo y Elementos de Cama para la PPL PM-AS-G14; Procedimiento: Seguimiento y Control al Suministro de Alimentación PM-AS-P01; Manual de Manejo de Bienes PA-LA-M02; Procedimiento de Control de inventario PA-LA-P01; Procedimiento de Creación, Fortalecimiento, Actualización y Gestión de Actividades Productivas-Administración Directa -PM-TP-P01; Guía para la Administración de Actividades Productivas PM-TP-G01; Guía Planes Ocupacionales PM-TP-G06; Procedimiento de Operatividad del Consejo de Evaluación y Tratamiento – CET -PM-TP-P07; Procedimiento para la Evaluación, Selección, Asignación, Seguimiento y Certificación de Actividades PM-TP-P03; Procedimiento para el Trámite de Asignación y Pago de Incentivo Económico para las Personas Privadas de la Libertad que Trabajan PM-TP-P05; Procedimiento de Manejo de Dinero PA-GF-P025; Manual Contable PA-GF-M01; Política Contable de Ingresos PA-GF-PI7; Procedimiento para el Manejo de Ingresos y Otros Recursos PA-GF-P017; Instructivo Cajas Especiales y Participación Giros Reglamentarios.

9. Hallazgos y/o Observaciones

El día 17 de enero 2023, la Oficina de Control Interno notifico mediante radicado 2023IE0005902 del 13 de enero del mismo año, el informe preliminar de auditoria a la Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad la Paz – CPAMSPA La Paz. Esto con

el fin de que fuera analizado y en el caso de tener observaciones a los potenciales hallazgos, se pronunciaran con sus respectivos argumentos y soportes. Para lo cual contaban con cinco (5) días hábiles al recibo del comunicado. No obstante, el Establecimiento no dio respuesta al informe preliminar por lo tanto los hallazgos, se **CONFIRMAN** debiendo realizar un plan de mejoramiento para subsanarlos; a excepción del hallazgo No. 07.

PROCESO LOGISTICA Y ABASTECIMIENTO

HALLAZGO No. 01

INCUMPLIMIENTO EN EL ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE LA MATRIZ DE RIESGO CONTRACTUAL - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

Modificación al título del hallazgo para mayor comprensión.

FALTA DE ANÁLISIS Y DILIGENCIA EN LA ELABORACIÓN DE LA MATRIZ DE RIESGO CONTRACTUAL - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Durante la revisión de los procesos contractuales objeto de auditoría tanto de la vigencia 2021 como de la vigencia 2022, se constató en los documentos de los expedientes contractuales, que estos cuentan con la matriz de riesgo contractual, sin embargo, verificados los procesos: 501-MC-005-2022 cuyo objeto contractual es:

“Contratar el suministro de cigarrillos para la venta a la población privada de la libertad a través del almacén expendio de la cárcel y penitenciaria con alta y media seguridad la paz – Inpec.”

Así como también el proceso de subasta inversa 501-SI-008-2022 – Lote 1 501-SI-009-2022 – Lote 2 cuyo objeto contractual es:

“Contratar el suministro de bebidas no alcohólicas; aguas minerales embotelladas y productos alimenticios para la venta a la población privada de la libertad a través del almacén expendio de la cárcel y penitenciaria con alta y media seguridad la paz – INPEC”.

Al verificar en los estudios previos la matriz de riesgo, se evidenció que ambos contaban con idéntica matriz, siendo objetos contractuales distintos.

De lo anterior, se presume que la elaboración de la matriz de riesgos no fue el producto de un análisis de acuerdo a las características y particularidades de cada contrato, situación que se puede visualizar en las imágenes de la carpeta Drive “AUDITORIA CPAMSPA – LA PAZ – 2022” – subcarpeta - hallazgos – proceso logística y abastecimiento.

Lo que evidencia incumplimiento a la normatividad en materia de contratación pública, en lo establecido a:

La Ley 1150 de 2007, en lo referido al;

“ARTÍCULO 4o. DE LA DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS EN LOS CONTRATOS ESTATALES. Los pliegos de condiciones o sus equivalentes deberán incluir la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación.

En las licitaciones públicas, los pliegos de condiciones de las entidades estatales deberán señalar el momento en el que, con anterioridad a la presentación de las ofertas, los oferentes y la entidad revisarán la asignación de riesgos con el fin de establecer su distribución definitiva”.

Así mismo, a lo señalado en el Decreto 1082 de 2015, en lo particular al;

“Artículo 2.2.1.1.1.6.3 Evaluación del Riesgo. La Entidad Estatal debe evaluar el Riesgo que el Proceso de Contratación representa para el cumplimiento de sus metas y objetivos, de acuerdo con los manuales y guías que para el efecto expida Colombia Compra Eficiente”.

De la misma manera, en el lineamiento interno fijado en el Manual de Contratación PA-LA-M03 V07, en lo referido al numeral;

“5. 1. 6. El análisis de riesgo y la forma de mitigarlo. Esta actividad debe cumplirse acorde con lo establecido en el Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación, publicado en la página web de Colombia Compra Eficiente (<http://www.colombiacompra.gov.co/es/manuales>)”.

Lo encontrado, obedece a la no aplicación de controles efectivos por parte de los responsables en la etapa precontractual, en razón a que no hay un análisis particular del objeto contractual de cada proceso, siendo la matriz de riesgo una copia idéntica para los procesos del ERON. Concluyendo que el establecimiento presuntamente actuó en contravía a criterios legales y lineamientos institucionales, posiblemente causados por debilidad en la planeación contractual.

Situación que se presenta por la falta de planeación desde la dirección del establecimiento y su equipo de trabajo, conllevando al incumplimiento de la normatividad establecida para la identificación del riesgo en los procesos contractuales de acuerdo al objeto del mismo.

RIESGO

Posibles incumplimientos de los proveedores en la entrega de los productos y/o servicios, suscitado por la no aplicación efectiva de controles que aseguren la calidad de la contratación y la ejecución del proceso contractual.

RECOMENDACIÓN

Fortalecer el proceso de gestión contractual, realizando una adecuada verificación a los controles en todas las etapas contractuales (precontractual – contractual - pos contractual), a través de una óptima segregación de funciones que permita el seguimiento puntual a los puntos de control del proceso.

HALLAZGO No. 02

MODIFICACIÓN DE ORDEN DE COMPRA POR FUERA DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO – HALLAZGO ADMINISTRATIVO

Se reformar al título del hallazgo para mayor comprensión.

MODIFICACIÓN INPROCEDENTE DE ORDEN DE COMPRA (POR FUERA DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO) – HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Durante la revisión de los procesos contractuales del establecimiento, se evidenció que en la orden de compra No. 89850 de fecha 09/05/2022, cuyo objeto contractual es:

“Contratar el suministro de Bebidas No Alcohólicas; Aguas Minerales Embotelladas para la Venta a la Población Privada de la Libertad a través del Almacén Expendio de la Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad La Paz – INPEC”

De modo que, se observó que la mencionada orden tuvo una modificación en la cual se estableció una prórroga en tiempo de ejecución por fuera de la vigencia inicial de la orden, esto en razón a que la fecha de vencimiento era el 26/08/2022 y la modificación a este ítem fue realizado por el ERON el 02/09/2022.

La anterior situación que se puede visualizar en las imágenes de la carpeta Drive “AUDITORIA CPAMSPA – LA PAZ – 2022” – subcarpeta - hallazgos – proceso logística y abastecimiento.

Lo anterior incumple lo establecido en la Guía para comprar en la Tienda Virtual del Estado Colombiano a través del Acuerdo Marco para la adquisición de Productos y Servicios Google, que a la letra señala:

(...)

“VIII. Modificaciones, aclaraciones, terminaciones o liquidaciones de las Órdenes de Compra

Las modificaciones, adiciones o terminación de la Orden de Compra son la modificación, adición o terminación de un contrato y la Entidad Compradora debe estar consciente de los efectos legales, económicos, disciplinarios y fiscales de cualquiera de estas. Las Entidades Compradoras pueden modificar o adicionar el valor y la fecha de vencimiento

de una Orden de Compra, acordar la terminación anticipada o aclarar datos de la Orden de Compra.

Para el efecto, antes de la fecha de vencimiento de la orden de compra, la entidad compradora debe llegar a un acuerdo con el proveedor “...

Ante lo señalado, se concluye que en este aspecto falló el seguimiento que debe realizar el área administrativa, al estado de los procesos contractuales y así mismo, el seguimiento técnico, administrativo, jurídico, económico que deben realizar los supervisores de contrato, en razón a ello se configura un hallazgo de carácter administrativo, incumpliendo de esta manera con el cronograma establecido para el proceso contractual.

RIESGO

Se configura el riesgo vinculado al proceso de logística y abastecimiento en el mapa de riesgos institucional, consistente en el desconocimiento de las funciones y obligaciones de los supervisores de contrato, generado en el incumplimiento al seguimiento, técnico, administrativo, jurídico, financiero y legal en la ejecución de los procesos contractuales.

RECOMENDACIÓN

Establecer apropiadamente desde el área de gestión financiera el punto de control consistente en la capacitación orientada al cumplimiento de las funciones, obligaciones y responsabilidades del supervisor y las consecuencias de orden disciplinario, fiscal y penal por incumplimiento a la normatividad estipulada al manejo de la supervisión contractual.

HALLAZGO No.03

INCUMPLIMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE INVENTARIOS VIGENCIA 2021– HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

A la fecha del desarrollo del proceso auditor y con el propósito de verificar el procedimiento, se solicitó a la actual responsable del área de almacén, los comprobantes de ingreso y salida de PCT de bienes de consumo y/o devolutivos, correspondientes al segundo semestre de 2021, donde no hay ningún tipo de registro físico pertinente, continuando con la revisión de los documentos facilitados por el auditado, se evidencia que se realizó oficio con radicado 2021IE0244875 del 02/12/2021 mediante el cual se programó la toma física de inventarios del II semestre de 2021 con su cronograma, como se puede ver a continuación:

Imagen No. 01 Oficio programación toma física II semestre 2021 CPAMSPA La Paz



501 - 501-CPAMSPA- ALM-

Itagüí.

Señores
RESPONSABLES DE AREA
RESPONSABLES DE INVENTARIOS
CPAMSPA INPEC
Itagüí - Antioquia

2021IE0244875



INPEC 02-12-2021 0924
Al Contestar Cite Este No.: 2021IE0244875 Folio Anexo FAO
ORIGEN: 5012-AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA / NATALIA CASTIBLANCO TORRES CASAS
DESTINO: 5011-DIRECCION ESTABLECIMIENTO / ANA SOFIA HIDALGO ALVARADO
ASUNTO: TOMA FISICA DEL INVENTARIO DE II SEMESTRE DE 2021
OBS:

Asunto: Toma física del inventario de II semestre de 2021

Cordial saludo,

De manera atenta, me permito informar que desde el día 30 de Diciembre del 2021, se realizará la Toma física del inventario de II semestre de 2021 en las áreas de CPAMSPA ITAGUI, de acuerdo al cronograma adjunto, por lo anterior se solicita su colaboración en verificar físicamente los bienes a cargo de los funcionarios de su área y estado de los bienes con el reporte por dependencia que hará entrega el área de Almacén, con el fin de cumplir con las actividades y fechas definidas por Dirección General, que define realizar la toma física del inventario a Establecimientos con corte al 31 de Diciembre de 2021.

AREA	FECHA	HORA
Educativas y Talleres	06 de Diciembre de 2021	09:00 am
Casino y Cafetería	06 de Diciembre de 2021	01:00 pm
Atención y Tratamiento, Cet, psicología	07 de Diciembre de 2021	09:00 am
Asesoría Jurídica y domiciliarias	07 de Diciembre de 2021	09:00 am
Investigaciones Internas	09 de Diciembre de 2021	01:00 Pm
Atención al Ciudadano derechos humanos	09 de Diciembre de 2021	09:00 Pm
Correspondencia y piga	10 de Diciembre de 2021	10:00 am
Sistemas, visitas virtuales	10 de Diciembre de 2021	02:00 pm
Gestión Humana	13 de Diciembre de 2021	09:30 am
Planeación y registro y control	13 de Diciembre de 2021	11:00 am
Comando de Vigilancia, Guardia, armamento, alojamiento	14 de Diciembre de 2021	09:30 am
Subdirección	14 de Diciembre de 2021	09:30 pm
Secretaría Dirección	14 de Diciembre de 2021	10:00 pm
Dirección	14 de Diciembre de 2021	11:00 pm
Archivo y mantenimiento	15 de Diciembre de 2021	09:00 am
Gestión Corporativa	15 de Diciembre de 2021	11:00 am
Expendio	16 de Diciembre de 2021	01:00 pm
Sanidad	16 de Diciembre de 2021	09:00 am
Almacén	17 de Diciembre de 2021	01:00 pm
Áreas comunes y Bodegas	17 de Diciembre de 2021	09:00 am

Atentamente,

Coronel @ JAIRO ORLANDO REYES SEPULVEDA
Directora CPAMSPA ITAGUI

Revisado por: Yelson Gato Bermúdez
Elaborado por: Natalia Torres
Fecha de elaboración: 01/12/2021
Archivo: Ma Documentos/toma física II semestre 2021

Fuente: Información suministrada por el área administrativa CPAMSPA la Paz.

Así las cosas, se evidencia una programación a realizar por el área, pero no fue ejecutado por parte de la anterior responsable del almacén para la vigencia 2021, sí bien se programó la toma física, no hay ningún registro documental que dé cuenta de la realización de la misma, no se encontraron anexos como el documento de bienes devolutivos por cada área, extraído del aplicativo PCT, así como las firmas de quien realizó el inventario y la fecha en que se hizo el mismo, como lo estipula el Procedimiento Control de Inventarios PA-LA-P01 V02 en sus actividades No.: 4 y 11.

(...)

“4. Realizar inventario de bienes en Bodega (Consumo y Devolutivos). Generar los listados actualizados de las existencias en bodega ya sea del aplicativo o del medio en que se disponga registrado La toma de inventarios de bienes de consumo y bienes devolutivos debe realizarse en forma separada se procede a efectuar verificación física elemento a elemento, deberá ser marcado con algún mecanismo que permita identificar que se realizó su conteo y registrar en Excel la cantidad encontrada del bien en los listados. Durante el conteo identificar los bienes que requieren reparación, servibles, pero no utilizables inservibles u obsoletos.”

(...)

“11. Generar reporte de inventario. Se generará el inventario por funcionario o dependencia según sea el caso, en el que se verificará físicamente los bienes a su cargo y consignará toda la información y estado del bien”.

Las situaciones expuestas anteriormente, concluyen que son causadas presuntamente por la falta de planeación y ejecución de las actividades inherentes al área de almacén, situación que denota falta de compromiso por parte de la responsable del mismo durante la vigencia indicada (2021), problemática que no permite conocer realmente el estado actual de los bienes, ni su estado en PCT, dado que no se cumplió con los lineamientos pertinentes en la realización de la actividad, así las cosas no se está cumpliendo con lo dispuesto por el Instituto en materia de inventarios en el periodo señalado, esta problemática genera incertidumbre en el estado real de los bienes del establecimiento y su destinación.

En razón a lo anterior, se enuncia un hallazgo administrativo con presunto alcance disciplinario, en el entendido que hay un hipotético incumplimiento de lo enunciado en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único”: Artículo 38 (numerales 1 y 3) que a letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente.

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función”.

RIESGO

Se configura el riesgo establecido en el mapa de riesgos institucional en lo relacionado con el manejo de bienes muebles, en este particular no se tiene ninguna evidencia de la toma física 2021, esto a causa del desconocimiento y no aplicación de los procedimientos vigentes concerniente al procedimiento PA-LA-P01 "Control de Inventarios".

RECOMENDACIÓN

Hacer efectivo el punto de control establecido en el mapa de riesgos institucional, en la aplicabilidad del procedimiento de control de inventarios, en donde se informe al grupo de manejo de bienes muebles de la Dirección Regional, los registros de calidad de ejecución de las acciones pertinentes al cumplimiento estricto del procedimiento.

HALLAZGO No. 04

DEFICIENCIA EN LA EJECUCIÓN DEL CRONOGRAMA PARA LA REALIZACIÓN DE LA TOMA FÍSICA DEL INVENTARIO VIGENCIA 2022– HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

Modificación al título del hallazgo para mayor comprensión.

INCUMPLIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DEL CRONOGRAMA DE TOMAS FÍSICAS DE INVENTARIO EN LA VIGENCIA 2022 – HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Revisada la documentación pertinente a la toma física de inventarios de bienes devolutivos en el Establecimiento Penitenciario durante el primer semestre de 2022, se evidenció por parte del equipo auditor que se notificó a los funcionarios responsables de las diferentes dependencias del cronograma dispuesto para ello.

Sin embargo, al realizar el comparativo de la fecha programada para la toma física y su realización, estas difieren con lo observado en los soportes del aplicativo PCT de los bienes a cargo de cada funcionario, la diferencia en días se puede observar de acuerdo al siguiente cuadro:

Imagen No. 02 Oficio Cronograma toma física I semestre 2022 CPAMSPA La Paz

DEPENDENCIA	FECHA CRONOGRAMA TOMA DE INVENTARIOS	FECHA REALIZADA TOMA FÍSICA SEGÚN SOPORTES	DIFERENCIA EN DÍAS
SANIDAD	1 DE JUNIO DE 2022	01 DE JULIO 2022	+31
PLANEACIÓN	2 DE JUNIO DE 2022	01 DE JULIO 2022	+30
REGISTRO Y CONTROL	2 DE JUNIO DE 2022	02 DE JUNIO 2022	-
GESTIÓN HUMANA	2 DE JUNIO DE 2022	28 DE JUNIO 2022	+27
ASESORÍA JURÍDICA Y DOMICILIARIA	2 DE JUNIO DE 2022	01 DE JULIO 2022	+30
GESTIÓN CORPORATIVA	2 DE JUNIO DE 2022	29 DE JUNIO 2022	+28
EDUCATIVAS Y TALLERES	7 DE JUNIO DE 2022	17 DE MARZO 2022	-
CORRESPONDENCIA Y PIGA	7 DE JUNIO DE 2022	05 DE JULIO 2022	+34
ATENCIÓN AL CIUDADANO, DERECHOS HUMANOS	8 DE JUNIO DE 2022	07 DE JULIO 2022	+30
PROYECTOS PRODUCTIVOS	8 DE JUNIO DE 2022	07 DE JULIO 2022	+30
INVESTIGACIONES INTERNAS	8 DE JUNIO DE 2022	09 DE JUNIO 2022	+32
SISTEMAS, VISITAS VIRTUALES	9 DE JUNIO DE 2022	14 DE JUNIO 2022	+6
DIRECCIÓN	9 DE JUNIO DE 2022	01 DE JULIO 2022	+23
SUBDIRECCIÓN	9 DE JUNIO DE 2022	01 DE JULIO 2022	+23
ATENCIÓN Y TRATAMIENTO, CET, PSICOLOGÍA	10 DE JUNIO DE 2022	28 DE JUNIO 2022	+19
COMANDO DE VIGILANCIA, GUARDIA, ARMAMENTO, ALOJAMIENTO, CANINOS, POLICIA JUDICIAL	10 DE JUNIO DE 2022	29 DE JUNIO - 07 DE JULIO 2022	+20
ALMACÉN	20 DE JUNIO DE 2022	05 DE JULIO 2022	+16
CASINO Y CAFETERÍA	21 DE JUNIO DE 2022	08 DE JULIO 2022	+18

Fuente: Información suministrada por el área administrativa CPAMSPA La Paz.

De igual manera, no fue consolidado adecuadamente la información de la toma física para la rendición del informe de acuerdo a su estructura. Las anteriores situaciones incumplen lo determinado en el procedimiento de Control de Inventarios PA-LA-P01 V02 en sus actividades Nro. 10 y 16.

“10. Elaborar cronograma de visita a las dependencias para Toma Física de Inventario en servicio. En el caso que los bienes se encuentren en servicio, se elaborara un cronograma de trabajo indicando las fechas en que se iniciara la toma física de inventarios, relacionando los funcionarios que realizaran dicha labor y se informara a las diferentes Dependencias Mediante formato de "Oficio" se envía cronograma de Toma Física para conocimiento de cada una de las dependencias y áreas de la sede de trabajo.”

(...)

“16. Consolidar información para la rendición del informe. Informe detallado de lo conciliado con copia del acta final indicando en cuánto asciende el inventario, lugar y fecha y deberá estar firmado de conformidad con el área administrativa, Director de Establecimientos, Almacenista, Contador y demás que intervengan y copia el boletín debidamente legalizado y conciliado con el área contable.

Los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional remitirán informe a las Direcciones Regionales y estos a su vez consolidaran y enviaran informe detallado al Grupo manejo de bienes e inmuebles.

Los Almacenistas o quien cumpla estas funciones deberá remitir en forma constante y periódica las novedades que afecten los inventarios, así como los informes mensuales generados en el programa.

El envío de la información debe realizarse por correo electrónico y con la debida documentación escaneada firmada como constancia de quien elabora, proyecta los informes y la relación de los inventarios.

La información registrada de esta actividad es la fuente para los registros contables y puede ser susceptible de comprobaciones y conciliaciones exhaustivas internas o externas en donde se pueda confirmar su confiabilidad dando cumplimiento estricto al Régimen de Contabilidad Pública.”

Esto obedece presuntamente por desconocimiento de los lineamientos, conllevando a una inadecuada aplicación del procedimiento del control de inventarios y del debido proceso, en cuanto a la elaboración de los informes después de una toma física de inventario, en razón a lo expuesto se configura un hallazgo de carácter administrativo.

RIESGO

El riesgo radica en que, ante la ausencia de controles en la aplicabilidad de los lineamientos establecidos en el procedimiento, se genera un inadecuado manejo de los inventarios de los bienes devolutivos del establecimiento, generando incertidumbre en la confiabilidad de los registros; se asocia esta situación al riesgo por corrupción establecido en el mapa de riesgos institucional ante la falta de información real en las tomas físicas, pudiendo llevar a un detrimento patrimonial y sanciones de los entes de control de tipo fiscal y penal.

RECOMENDACIÓN

Ejecutar de forma pertinente el punto de control asociado al proceso en el mapa de riesgos institucional, consistente en el registro puntual de las novedades que se

presenten en el levantamiento de la toma física de acuerdo al procedimiento, e informar al responsable del almacén en la Dirección Regional Noroeste.

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

HALLAZGO No. 05

INEFICIENTE IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL, ORGANIZACIÓN, CONSERVACIÓN Y SEGURIDAD DE DOCUMENTOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

Modificación al título del hallazgo para mayor comprensión.

INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA CUSTODIA DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN EL ESTABLECIMIENTO - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

En el desarrollo de la auditoria al proceso de Gestión Documental – Archivo; se procedió a realizar un recorrido de verificación por las instalaciones donde se encuentra ubicado el archivo general del establecimiento y el archivo de las áreas de Jurídica, Administrativa y Talento Humano, evidenciado las siguientes situaciones:

Archivo central

- La documentación del archivo, no se encuentra organizada en su totalidad, según los lineamientos establecidos.
- Se evidenciaron carpetas sueltas sin ningún criterio de organización archivística, lo cual dificulta la ubicación de un documento de manera oportuna en el momento en que se requiera.
- Se observó cajas de archivo con documentación que pertenece al área de sanidad (historias clínicas), archivos con fechas anteriores a 2017, esta documentación que, según lo expresado por el funcionario encargado del archivo central, no ha sido entregada oficialmente con los Formatos de Inventario Documental FUID establecidos en el Procedimiento de Gestión Documental, y acta de entrega.
- Se apreció minutas de servicio de años 2014, 2013, 2012 y 2011.
- Las instalaciones donde se encuentra ubicado el archivo general del establecimiento, no son lo suficientemente adecuadas para el trato y manejo de la documentación, memoria archivística de la institución.

Archivo área jurídica

Se encontró que las medidas mínimas de organización y preservación no son adecuadas, ya que en visita realizada por el auditor en compañía de la funcionaria

responsable de esta actividad la cual viene realizando a partir de la presente vigencia, sin dar acatamiento a la normatividad existente en la materia, según lo observado, así:

- Carpetas sueltas sin foliación.
- Cajas sin rotulación, en su mayoría marcadas con lapicero.
- En los documentos que hacen parte integral de la cartilla biográfica y prontuarios de la PPL se evidencian hojas sueltas con clips, sin ningún tipo de marcación, las carpetas no están con los formatos FUID.
- Material abrasivo en los documentos (ganchos clip, ganchos metálicos y otros)

En tanto, las instalaciones donde se encuentra ubicado el archivo de esta área no son las apropiadas para el trato y manejo de la documentación, no cuenta con espacio adecuado ni con la estantería suficiente para la ubicación de estos archivos.

Archivo área talento humano

En el desarrollo de la auditoria se verificó el archivo de hojas de vida de los funcionarios que se encuentran activos en la planta de personal del establecimiento CPAMSPA La Paz, tanto administrativos como de CCV, a continuación, se detalla lo evidenciado en esta área, así:

- Las hojas de vida se encuentran ubicadas en estanterías y no en cajas.
- En las carpetas se observaron ganchos metálicos y grapas.
- En algunas carpetas con las hojas de vida no hay foliación.

Archivo área administrativa

Se encontró las mismas situaciones evidenciadas en las áreas antes mencionadas, destacándose lo siguiente:

- Se evidenciaron documentos en cajas sin rotular correspondientes a años 2012, 2014, 2015, 2016 y 2017, así mismo archivo de gestión de años 2019, 2020 y 2021.
- La responsable del área administrativa manifiesta que en el archivo general del ERON no cuenta con el espacio para trasladar las cajas con los expedientes y documentos del área, razón por la cual aún permanecen allí.
- Las carpetas contractuales no cuentan con la hoja de control.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en las imágenes de la carpeta Drive “AUDITORIA CPAMSPA – LA PAZ – 2022” – subcarpeta - hallazgos – proceso logística y abastecimiento.

Ante estas situaciones mencionadas en las áreas referentes al manejo del archivo, se concluye que lo evidenciado obedece a un presunto desconocimiento en el cumplimiento de lo enunciado en la normatividad existente emanada por el Archivo General de la Nación, y demás lineamientos internos establecidos por el instituto.

Lo evidenciado por el equipo auditor, se sustenta en la no aplicación y acatamiento normativo, referente al manejo de Gestión Documental – Archivo, como se enuncia a continuación:

Ley 594 de 2000, en lo referido al siguiente articulado:

(...)

Artículo 4 Principios generales, literales b) y d)

“b) Importancia de los archivos. Los archivos son importantes para la administración y la cultura, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional;

(...)

d) Responsabilidad. Los servidores públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos.” (...)

(...)

Artículo 16. Obligaciones de los funcionarios a cuyo cargo estén los archivos de las entidades públicas. Los secretarios generales o los funcionarios administrativos de igual o superior jerarquía, pertenecientes a las entidades públicas, a cuya carga estén los archivos públicos, tendrán la obligación de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y serán responsables de su organización y conservación, así como de la prestación de los servicios archivísticos”.

También, el acuerdo No. 042 del 2002 del AGN, en especial a lo expresado en su Artículo;

4º. Criterios para la organización de archivos de gestión.

(...)

2. La apertura e identificación de las carpetas debe reflejar las series y subseries correspondientes a cada unidad administrativa.

3. La ubicación física de los documentos responderá a la conformación de los expedientes, los tipos documentales se ordenarán de tal manera que se pueda evidenciar el desarrollo de los trámites. El documento con la fecha más antigua de producción, será el primer documento que se encontrará al abrir la carpeta y la fecha más reciente se encontrará al final de la misma,

4. Los tipos documentales que integran las unidades documentales de las series y subseries estarán debidamente foliados con el fin de facilitar su ordenación, consulta y control.

5. Las carpetas y demás unidades de conservación se deben identificar, marcar y rotular de tal forma que permita su ubicación y recuperación (...).”

Además, la circular 004 de 2003 del Departamento Administrativo de la Función Pública Archivo General de la Nación:

(...)

“De otra parte, las entidades deberán establecer controles que garanticen la transparencia de la administración de las Historias Laborales y la responsabilidad de los funcionarios que desarrollan actividades propias de la gestión del talento humano.

Por lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 16 de la Ley 594 de 2000, los Secretarios Generales o funcionarios administrativos de igual o superior jerarquía pertenecientes a las entidades públicas, dentro del proceso de organización de archivos, deberán verificar que:

- En cada expediente los documentos se encuentren ordenados atendiendo la secuencia propia de su producción; y su disposición refleje el vínculo que se establece entre el funcionario y la entidad.***
- Los documentos de cada Historia Laboral estén colocados en unidades de conservación (carpetas) individuales, de manera que, al revisar el expediente, el primer documento sea el que registre la fecha más antigua y el último el que refleje la más reciente. Cada expediente podrá estar contenido en varias unidades de conservación de acuerdo con el volumen de la misma, se recomienda que cada carpeta tenga como máximo 200 folios. La foliación debe ser consecutiva de 1 a n independientemente del número de carpetas, por ej. Carpeta 1 Fls. 1-200, Carpeta 2 Fls. 201-400, etc.***
- Dichos documentos se registrarán en el formato de Hoja de Control que se anexa de acuerdo con su instructivo, lo cual evitará la pérdida o ingreso indebido de documentos.***
- Las oficinas responsables del manejo de Historias Laborales elaboren el Inventario Único Documental de los expedientes bajo su custodia.***
- Los espacios destinados al archivo de Historias Laborales, deben ser de acceso restringido y con las medidas de seguridad y condiciones medioambientales que garanticen la integridad y conservación física de los documentos. (...)***

Por otra parte, el Manual de Gestión Documental del INPEC PA-DO-M01 V04, en lo referido al numeral:

(...)

1.5. Organización y manejo de los archivos.

“La Institución conforme a los lineamientos impartidos por el Archivo General de la Nación bajo el Acuerdo 042 del 2002. Establece las bases para la organización de los archivos de gestión del INPEC, como testimonio de las actividades desarrolladas por el Instituto y como repositorios de la memoria institucional.

Los documentos de un archivo físico o electrónico se producen como soporte material de la actividad de un sujeto, en consecuencia, su organización no consiste más que en respetar el orden y el origen de los mismos. Dentro de cada serie, los expedientes que la forman deberán ser individualizados, puesto que cada uno se refiere a la resolución de un asunto concreto, manteniendo agrupados todos los documentos que los integran en el orden en que se han producido. (...)

El Grupo de Gestión Documental con el ánimo de fortalecer la función archivística ha generado estrategias de sensibilización creando conciencia e importancia de los archivos y la responsabilidad que compete a cada uno frente a su organización y conservación, como fuentes de información permanentes sobre el quehacer cotidiano del Instituto.”

(...)

1.6.2. Ordenación Documental

Los documentos que conforman un expediente se deben organizar siguiendo la secuencia de la actuación o trámite, de acuerdo con el procedimiento; Si esto no fuera posible, se organizarán en el orden en que se incorporan al expediente. En el caso de unidades documentales simples que presenten una secuencia numérica o cronológica en su producción, se organizarán siguiendo dicha secuencia (Acuerdo 002 de 2014). En la ordenación interna de los documentos que conforman un expediente se debe respetar el principio de orden original, tanto en la etapa de tramitación como en las demás fases del archivo.

(...)

1.6.7. Foliación

La foliación en documentos de archivo es imprescindible en los procesos de organización archivística. Consiste en numerar cada una de las hojas que conforman un expediente o carpeta.

Requisitos:

Tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de hojas de las que está constituida una carpeta, legajo. Controlando el principio de orden original y la conservación de la integridad de la unidad documental. La foliación es el respaldo técnico y legal de la gestión administrativa.

Nos permite ubicar y localizar de manera puntual un documento, la foliación es necesaria para guiar hacia instrumentos de control (inventarios, formatos de control de préstamos y de consulta).

De otra parte, la foliación es necesaria para las transferencias tanto primarias (archivo de gestión al archivo central) como secundarios (archivo central al archivo intermedio y/o histórico), se establece responsabilidades de custodia.

Materiales:

La foliación debe efectuarse utilizando lápiz de mina negra

El Procedimiento:

- 1. Se debe numerar de manera consecutiva, sin omitir ni repetir números.**
- 2. Se debe escribir el número en la esquina superior derecha de la cara recta del folio en el mismo sentido del texto del documento.**
- 3. Escribir el número de manera legible, en tamaño adecuado y sin enmendaduras sobre un espacio en blanco, y sin alterar membretes, sellos, textos o numeraciones originales.**
- 4. No utilizar números con el suplemento A, B, C, ó bis.**
- 5. No escribir con trazo fuerte para evitar daño en el papel.**
- 6. No foliar las pastas ni las hojas-guarda en blanco**
- 7. En las series documentales simples (Acuerdos, Circulares, Resoluciones) la foliación se ejecutará de manera independiente por carpeta, tomo o legajo.**
- 8. En las series documentales complejas (Contratos, Procesos contencioso administrativos, Historias Laborales, etc.), cada expediente tendrá una sola foliación de manera continua y si tal expediente se encuentra repartido en más de una unidad de**

conservación (carpeta), la foliación se ejecutará de tal forma que la segunda carpeta será la continuación de la primera.

9. Cada carpeta podrá contener un máximo de 200 folios. En lo posible debe mantenerse la unidad del expediente, pero cuando este sobrepase los doscientos (200) folios, la separación deberá hacerse respetando el contenido de los cuadernos o temas, es decir sin desagregar documentos. Si existen errores en la foliación, ésta se anulará con una (1) línea oblicua, evitando tachones.

De igual manera, lo fijado en el Procedimiento de Organización Documental de las Historias Laborales PA-DO-P11 V01;

(...)

“Actividad 5. Ordenar los documentos. Se realiza la incorporación de los documentos (novedades) que presente el expediente del funcionario, con base en los principios archivísticos, teniendo en cuenta que el primer documento sea el que registre la fecha más antigua y el último el que registre la fecha más reciente (Ver PA-TH-G13 “Guía para la Organización de Historias Laborales” versión oficial).

(...)

Actividad 7. Diligenciar la hoja de control. Se diligencia el formato PA-DO-M01-F07 Hoja de Control versión oficial en la medida en que los documentos se incluyen en la historia laboral.

Actividad 8. Foliar el historial laboral. Se realiza la foliación de la historia laboral de acuerdo al numeral 1.6.7 Foliación del PA-DO-M01 “Manual de Gestión Documental” versión oficial.

Todo documento que conforme el expediente laboral y la foliación, tendrá relación directa con el Formato PA-DO-M01-F07” Hoja de Control” del PA-DO-M01 “Manual de Gestión Documental” versión oficial, y la ordenación de los documentos internamente en cada expediente” (...).

De lo anterior, se observa falta de controles en la verificación y seguimiento en la gestión del archivo de las distintas áreas por parte del ERON, generando incumplimientos a la normativa y lineamientos institucionales que regulan la materia, lo que genera una desorganización generalizada, impidiendo realizar una óptima trazabilidad y organización de las unidades documentales, en razón a ello se configura un hallazgo de carácter administrativo.

RIESGO

Posible afectación reputacional por falta de ejecución de lineamientos institucionales y la normatividad vigente, referente a la organización en los archivos de gestión, ocasionando con ello consecuencias de tipo disciplinario, derechos de petición, tutelas y demandas contra el instituto, lo anterior a causa de la inadecuada aplicación de control ante el desconocimiento y/o falta de compromiso de los servidores penitenciarios

RECOMENDACIÓN

Ejecutar los puntos de control determinados en el mapa de riesgos institucional, enfocados al óptimo manejo del manual de gestión documental PA-DO-P07 por parte

de todos los funcionarios penitenciarios, donde se garantice la aplicabilidad de la norma en todas las áreas, garantizando una adecuada organización documental, minimizando los posibles riesgos de pérdida de información que conlleven a un deterioro en la imagen institucional y la afectación en la prestación del servicio.

HALLAZGO No. 06

INEFICIENTE MANEJO EN EL SEGUIMIENTO Y TRAZABILIDAD AL USO DEL APLICATIVO GESDOC – HALLAZGO ADMINISTRATIVO

Modificación al título del hallazgo para mayor comprensión.

FALTA DE SEGUIMIENTO AL USO DEL APLICATIVO GESDOC – HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Se revisó aleatoriamente el manejo al aplicativo GESDOC en algunas áreas del ERON, donde se pudo evidenciar que no hay un adecuado manejo a las etapas del proceso de radicación en las comunicaciones oficiales, su oportuno seguimiento y trazabilidad, recibida, enviada e interna del instituto, situación que se puede visualizar en las imágenes de la carpeta Drive “AUDITORIA CPAMSPA – LA PAZ – 2022” – subcarpeta - hallazgos – proceso logística y abastecimiento.

La anterior situación da cuenta que, no se realiza eficientemente el seguimiento y el registro de trazabilidad adecuada al flujo de las comunicaciones oficiales registradas en el aplicativo, esto se puede evidenciar en las pestañas de “Mis documentos”, “Documentos de la dependencia” y “Por distribuir”, se observa cantidad de documentos pendientes de realizar el trámite correspondiente y su respectiva finalización, lo cual va en contravía de las directrices y lineamientos estipulados por el Instituto, tal como se referencia a continuación:

Lo establecido en la Resolución No.00378 del 17 de febrero de 2017;

“ARTÍCULO 1º: Adoptar el aplicativo GESDOC, como único sistema de radicación de las comunicaciones oficiales, recibidas (ER), enviadas (EE), e internas (IE), del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente acto administrativo.”

También lo fijado en el Acuerdo 060 del 2001 del Archivo General de la Nación, así;

(...)

“ARTICULO SEGUNDO: Definiciones. Para los efectos del presente acuerdo, se definen los siguientes conceptos así:

(...)

“Radicación de comunicaciones oficiales: Es el procedimiento por medio del cual, las entidades asignan un número consecutivo, a las comunicaciones recibidas o producidas, dejando constancia de la fecha y hora de recibo o de envío, con el propósito de oficializar su trámite y cumplir con los términos de vencimiento que establezca la Ley. Estos términos, se empiezan a contar a partir del día siguiente de radicado el documento.”

La anterior contravención, puede obedecer al desconocimiento en la aplicación de la normatividad vigente, lineamientos y directrices emanados del Grupo de Gestión Documental, para el manejo y uso obligatorio del aplicativo GESDOC por parte de todos los funcionarios de la Institución, situación que implica un inadecuado manejo en la radicación, trazabilidad y finalización de las comunicaciones oficiales tanto internas como externas del ERON. Así las cosas, se configura un hallazgo de carácter administrativo.

RIESGO

Se materializó el riesgo de cumplimiento asociado al proceso, estipulado en el mapa de riesgos institucional, consistente en el incumplimiento en la radicación por parte de los servidores penitenciarios en el aplicativo GESDOC de la documentación externa e interna del Instituto; esta situación se refleja en el manejo inadecuado en la utilización del aplicativo, lo que conlleva a la pérdida de trazabilidad de la información y como consecuencia acciones judiciales interpuestas por la ciudadanía.

RECOMENDACIÓN

Es menester que desde la Dirección del ERON se determine un plan de verificación, donde se evidencie mensualmente la aplicabilidad inmediata de los puntos de control establecidos para el proceso, principalmente la retroalimentación, adopción e implementación obligatoria de los manuales y tutoriales del aplicativo GESDOC, que, aunque han sido divulgados por parte del grupo de gestión documental, aún continúa siendo una debilidad en el tratamiento de la información institucional, por lo que se requiere, que se fortalezca su correcta aplicación en todas las áreas del establecimiento.

PROCESO DE SEGURIDAD PENITENCIARIA

HALLAZGO No.07

INCUMPLIMIENTO DEL FORMATO ESTABLECIDO PARA LA ORDEN DEL DIA Y SERVICIOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO – SE RETIRA

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Al solicitar la orden del día y servicios al responsable, no fue posible obtener como muestra el formato en mención físicamente, correspondiente a los meses de enero a septiembre del presente año, con lo cual se pudo determinar que existe ausencia del ideal en el ejercicio de supervisión y control.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en la Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia PM-SP-G20, en lo referido al Artículo 5º, así:

5. Orden del día y servicios. La plantilla orden del día y de servicios (Ver Anexo 1), será donde se registren las instrucciones de carácter general por parte del director del Establecimiento de Reclusión, en coordinación con el Comandante de Vigilancia, realizando la distribución de puestos de servicio descritos en el PM-SP-M08 Manual para los servicios de seguridad en un ERON versión oficial, adicionalmente se describen aquellas consignas permanentes o transitorias, novedades, reconocimientos y estímulos de personal.

Nota: esta plantilla debe ser leída en relación de servicios El director, el comandante de vigilancia o quien presida la relación, dispondrá que una vez sea leída, se fije en la cartelera informativa. Desfijada deberá archivarse en el libro correspondiente o en los sistemas tecnológicos. tener una duración máxima de un mes según lo considere la Dirección del Establecimiento y Comandante de Vigilancia, en atención a novedades de infraestructura o situaciones presentadas por el personal del CCV”.

Así como también un incumplimiento en su Artículo 17 de la Resolución 6349 del 19 de diciembre de 2016 Reglamento General del INPEC, la cual reza:

“Artículo 17. Orden del Día y Servicios: En cada Establecimiento de Reclusión existirá un Libro denominado Orden del Día, y servirá como documento de mando e información de la Dirección. El objeto de este es dar conocer al personal del establecimiento, advertencias o instrucciones de carácter general o particular para el día, órdenes y consignas permanentes y transitorias, novedades, estímulos de persona y los servicios asignados diariamente.

Será leída por formación por el subdirector o comandante de vigilancia, al personal administrativo o del cuerpo de custodia y vigilancia.

El director, o el Comandante de Vigilancia o quien presida la relación, dispondrá que una vez sea leída, se fije en la cartelera informativa. Desfijada deberá archivarse en el libro correspondiente o en los sistemas tecnológicos.”

Lo encontrado es producto del desconocimiento de la existencia del formato establecido “plantilla orden del día y servicios para el ERON” en el aplicativo ISOLUCION, el cual es parte integral de la “Guía para el Diligenciamiento de los libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia PM-SP-G20 V01”, en donde se plasman las consignas permanentes o transitorias, novedades, reconocimientos y estímulos de personal, ejecutados por el personal del CCV en su quehacer diario, lo que puede conllevar a una deficiente distribución y ausencia de información detallada esencial para el buen funcionamiento de los servicios para el CCV, situación que impide mantener el orden, la disciplina y control del establecimiento.

ANÁLISIS EFECTUADO POR EL AUDITOR AL HALLAZGO:

Con base en el enfoque objetivo basado en la efectividad de los controles se concluye que la plantilla orden del día y servicios no genera un riesgo en la seguridad del establecimiento, ya que esta, es parte integral de la guía para el Diligenciamiento de los

Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia, de tal forma que existen otros controles, como es el caso de los libros de servicios, se constituyen como el control principal de los servicios asignados a los miembros del CCV, cuyas instrucciones diarias se imparten en las relaciones de instrucción, de servicios y generales por tanto el presente hallazgo se **RETIRA**.

HALLAZGO No.08

DEBILIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS LIBROS DE SERVICIOS DEL PERSONAL DE CUSTODIA Y VIGILANCIA - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Durante la visita se evidenció varias situaciones que hacen parte del diligenciamiento de los libros de servicios por parte del personal de CCV, los cuales son utilizados en los diferentes puestos de servicio del establecimiento, siendo éstos parte de los elementos asignados para el cumplimiento de la actividad, circunstancias que contrarían la finalidad de realizar el registro de las situaciones que a diario se puedan presentar.

De modo que, según la muestra, arroja las siguientes debilidades:

Minuta de guardia de media seguridad: La apertura del libro de minuta de la guardia externa, en los pabellones 4,5,6,7 y 8, se encuentra en el folio No. 2, destinado para iniciar las anotaciones, debiéndose realizar el registro de apertura en el folio No.1. Así mismo, se encontró que en la apertura del nuevo libro de fecha 28 de septiembre de 2022, estaba sin firmas por parte del Director del establecimiento y el Comandante de Vigilancia.

En la minuta de guardia externa de los pabellones de media seguridad y águila 10, se encuentran renglones sin diligenciar y renglones tachados, ejemplo de ello son los folios No. 2, 4, 5, 70 y 598.

Del mismo modo, se evidenció en el desarrollo de la auditoría la entrega del libro en físico al comando de vigilancia, omitiendo la entrega formal mediante oficio.

Minuta servicios de mando y supervisión: El libro destinado a la supervisión y seguimiento de las actividades desarrolladas por parte del personal del CCV, no cumple con la cuadrículas que correspondan al rayado, al no observarse: nombre oficial de servicio y firma, comandante de compañía y firma, régimen interno si lo hubiere y firma.

Minuta servicios de ejecución y apoyo: El rayado de la minuta de los puestos de servicio guardia externa, águila 10 y águila 8, no cumple con la descripción técnica del rayado así: se observa la palabra “anotación”, cuya expresión exacta debe ser “descripción de la actividad”; el rayado no contiene la columna de firma. Así mismo, se

encuentran folios sin el rayado correspondiente; mala calidad de las descripciones y letra ilegible.

Minuta Servicio Guía Canino: El libro destinado para el servicio de ejecución guía canino, presenta una irregularidad en el folio 127, al no existir descripción de novedades y situaciones ocurridas durante la prestación del servicio por parte de la unidad del CCV en 22 renglones, por lo que se observa anotaciones solo a partir de las 06:30 am y en consecuencia la presunta incidencia disciplinaria recae sobre este punto exclusivamente.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso seguridad penitenciaria.

Con base en lo descrito anteriormente, se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en la "Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia PM-SP-G20 V01" en lo referido a las siguientes actividades 2 y 3:

(...)

"2. Libro de minuta para servicios de mando y supervisión.

Es aquel libro destinado a la supervisión y seguimiento de las actividades desarrolladas por parte del personal del CCV, será utilizado por el oficial de servicio quien realizará su diligenciamiento y control, teniendo en cuenta las funciones descritas en el PM-SP-M08 Manual para los servicios de seguridad en un ERON versión oficial, atendiendo como mínimo la siguiente descripción en el rayado del libro de servicio (...).

3. Libro de minuta de servicios de ejecución y apoyo.

Es aquel libro destinado a describir las novedades y situaciones ocurridas, durante la prestación del puesto de servicio por parte del personal del CCV, asignados a los servicios de ejecución y apoyo descritos en el PM-SP-M08 Manual para los servicios de seguridad en un ERON versión oficial, atendiendo la siguiente descripción en el rayado del libro de servicio (...).

Se tiene entonces, que el libro de minuta de cada servicio, se constituye como un documento público de carácter clasificado, donde constará de manera puntual la distribución de acuerdo con el plan de seguridad o clase de servicio y el horario que ha de cumplir el personal del CCV.

En la muestra de los diferentes libros de minuta, se encontró anotaciones simples y falta de redacción, siendo deber realizar los registros en las minutas de servicio, de cada una de las actuaciones y novedades que se presenten, así como también el inicio y la terminación de las actividades diarias del establecimiento de reclusión.

Si no se realiza la descripción de las novedades y situaciones ocurridas durante el servicio (tratando de responder siempre el quién, cómo, cuándo y dónde, durante la narración de los hechos), ingreso y salida de personas o vehículos, inventario de los

materiales que se encuentren a su cargo, listado de elementos provistos para la prestación del servicio (botiquín primeros auxilios, linternas, armamento, municiones), genera ausencia de control a los lineamientos establecidos, que buscan garantizar la seguridad al interior del establecimiento, así como también la responsabilidad que le asiste al personal del CCV en el desarrollo de sus funciones.

Por otra parte, y dado que dentro de la situación encontrada en el hallazgo se evidencia presunto alcance disciplinario toda vez que hay un posible incumplimiento en lo enunciado en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único”: Artículo 64 y numeral 7 que a letra dice:

“ARTÍCULO 64. Faltas relacionadas con el régimen penitenciario y carcelario. Sin perjuicio de lo dispuesto en este Código y en las demás disposiciones legales vigentes, para los servidores públicos que ejerzan dirección, administración, control y vigilancia sobre las instituciones penitenciarias y carcelarias también serán faltas gravísimas las siguientes:

(...)

7. Dejar de hacer las anotaciones o registros que correspondan en los libros de los centros de reclusión o no rendir o facilitar los informes dispuestos por la ley o los reglamentos a la autoridad competente sobre novedades, incautaciones de elementos prohibidos, visitas, llamadas telefónicas y entrevistas.”

RIESGO

Posible afectación de acceso a la información pública como sujeto obligado, generada por deficiencias en los controles para el cumplimiento de la “Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia” la cual debe ser producida, gestionada y difundida, lo que conlleva a una falta de oportunidad, objetividad, veracidad de la información de forma completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental del instituto.

RECOMENDACIÓN

Al llegar a la conclusión que, el control existe, pero no es efectivo, el mismo se debe fortalecer mediante los servicios de mando y supervisión, esta deberá ejercerse por los oficiales y suboficiales del ERON hacia el personal del cuerpo de custodia y vigilancia para la adecuada prestación del servicio, ejecutando la “Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y Vigilancia PM-SP-G20 V01”, incluyendo la plantilla orden del día y servicios, la cual es parte integrante de esta.

HALLAZGO No.09

FALTA DE CONTROL DEL ARMAMENTO, MUNICIÓN Y EQUIPO DE DEFENSA - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Al visitar la sala de armamento se evidenció que, al verificar la existencia real comparado con el inventario del área de almacén-PCT del Establecimiento, así como elementos de consumo controlado, se encuentran las siguientes novedades:

- En el folio 447 de fecha 29 de septiembre de 2022, del libro minuta de sala de armas, las unidades del CCV en el puesto de servicio se entregan 3203 cartuchos 38mm, pero que al comparar la entrega a folio 375 del 02 de septiembre de 2022, existe un faltante de 20 cartuchos 38mm, para un total físico de 3192 cartuchos; lo que genera la incertidumbre del gasto de esta munición.

El informe de control de municiones y gases, reportado para el mes de agosto de 2022, arroja un saldo final del mes anterior con un total de 3192 y un saldo final del mes reportado con 3203, lo cual confirma que faltan 20 cartuchos 38mm, que, aunque son bienes de consumo controlado, el auditado debe demostrar en que se gastaron.

- Así mismo, en el mencionado folio, se entregan (15) pistolas Córdova con (45) proveedores, incluyendo (01) proveedor extraviado con (15) cartuchos 9mm, lo cual coincide con el total de (45) proveedores en el inventario de elementos devolutivos del área de almacén del establecimiento, pero que físicamente falta (01) proveedor.

Se evidencia reporte e informe y denuncia penal ante la policía nacional por parte del funcionario del CCV quien estaba a cargo del arma de dotación e informe de la responsable de la sala de armas, documentos que dan cuenta de la individualización del arma y pormenorización de los hechos; sin embargo por tratarse de un accesorio o parte del arma de fuego, con novedad de pérdida y/o hurto, el establecimiento no ha realizado las demás actividades ante las dependencias respectivas del Instituto, a fin de iniciar el proceso de reposición e investigación disciplinaria.

- De igual forma, se entregan (14) llaves de restricción, incluyendo (01) que debe el funcionario Oyola Hidalgo, dato que fue corroborado al realizar el conteo físico y llaves asignadas para el servicio, con un total de (13) llaves, faltando la que debe el funcionario del CCV.

No se evidencia informe por parte del funcionario del CCV quien estaba a cargo de las llaves de dotación e informe de la responsable de la sala de armas, que den cuenta de la pormenorización de los hechos; sin embargo por tratarse de elementos de consumo con novedad de pérdida, estos constituyen presupuestos indispensables para el trámite del ERON ante las dependencias respectivas, con el fin de establecer el grado de responsabilidad en la pérdida del bien o actualización de los registros en el archivo de control por parte del grupo de armamento e intendencia.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso seguridad penitenciaria.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en el MANUAL DE MATERIAL DE DEFENSA Y MUNICIONES PA-LA-M01 V02", en sus actividades números:

1.2. Bienes de Consumo Controlado.

(...)

"3. 2. 4. Consumo (Elementos de Consumo Controlado).

(...)

c. Gasto por Perdida o Hurto

(...)

4. Armas de Fuego con novedad de Perdida y/o Hurto.

(...)

Ahora bien, el presente hallazgo hace referencia a la no existencia de soportes, que prueben las perdidas por parte de quien tenía el deber de salvaguardarlos y por quien tenía la obligación de controlarlos en forma inmediata y tiempo real, en consecuencia, esta omisión conlleva a la incertidumbre ante la falta de los trámites para el descargue de los elementos o compulsas de copias a la oficina de control interno disciplinario.

Por otra parte, y dado que dentro de la situación encontrada en el hallazgo se evidencia presunto alcance disciplinario toda vez que hay un posible incumplimiento en lo enunciado en la Ley 1952 de 2019 "Código Disciplinario Único": Artículo 38, numeral 22 que a letra dice:

"22. Vigilar y salvaguardar los bienes y valores que le han sido encomendados y cuidar que sean utilizados debida y racionalmente, de conformidad con los fines a que han sido destinados."

RIESGO

Posibilidad de pérdida de bienes nacionales y detrimento al estado, ocasionada por el deficiente control del armamento y demás elementos de seguridad asignados al servicio, así como omisión errónea o intencional de no revelar hechos que pudieran afectar las cantidades registradas en los inventarios del establecimiento, según lo establece el Manual de Material de Defensa y Municiones PA-LA-M01 V02", los cuales buscan administrar, gestionar o tramitar este material, según las situaciones que se presenten.

RECOMENDACIÓN

Si bien el control existe, el mismo no se ejecuta, se debe fortalecer a través de una adecuada administración y evaluación de las existencias en el inventario del ERON, la cual debe ser ejercida por el almacenista, comandante de vigilancia y funcionario responsable de la sala de armamento; para el caso de las tres irregularidades objeto del presente hallazgo, deberá examinarse cuales son susceptibles de subsanarse bien sea

por suministro, consumo, perdida o hurto y en todo caso aquellas que no pueda subsanar serán sujetas a valoración por otra dependencia.

HALLAZGO No.10

INCUMPLIMIENTO A LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LLAVES - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Se evidenció que, en el tablero de control manejado por el establecimiento ubicado en la sala de armamento, se observan llaves y rotulo rectangulares de diferentes colores. Así mismo en el comando de vigilancia existe un tablero de llaves, que, si bien se encuentra codificado, no reúne los requisitos de estandarización, partiendo del hecho que este debe ser un duplicado del principal que debe existir en la sala de armamento, En tanto, no se ajusta a la guía de administración de llaves.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en la Guía para la Administración de Llaves PM-SP-G05 V03 en lo referente a:

"1. Generalidades.

-Los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional deben disponer de un tablero de llaves codificado, donde reposarán las llaves utilizadas en el Establecimiento de Reclusión incluyendo las de los vehículos y las de restricciones.

-Se debe realizar la codificación de las llaves.

-La codificación debe ser realizada por el director y el Comandante de Vigilancia del ERON.

-Los servidores del cuerpo de custodia y vigilancia del ERON y Dirección Escuela de Formación "EPN" deben conocer la codificación.

-El tablero de llaves por regla general, debe estar ubicado en la sala de armamento del ERON.

-La administración de llaves se efectúa mediante libro de minuta, el cual se debe llevar en los puestos de servicio donde se realice administración de llaves.

-Las llaves de servicio temporales, una vez terminada la actividad de uso deben permanecer en el tablero de llaves.

-Las llaves del ERON deben tener duplicado y esté debe reposar en el Comando de Vigilancia y en la Dirección Escuela de Formación "EPN" en el área comando de agrupación, en un tablero similar al que fue ubicado en la sala de armamento y con la misma codificación.

(...)

2. Clasificación de llaves.

De acuerdo a su uso se clasifican en:

2.1. Llaves administrativas

2.2. Llaves de servicio

(...)

3. Llaveros.

3.1. Rótulos

Cada llavero contiene un número específico de llaves con dos rótulos redondos de acrílico de 3 cm de diámetro cada uno. Un rotulo identifica el llavero y el otro indica el número de llaves que debe tener.

3.2. Almacenamiento y codificación

Las llaves se mantienen en un tablero que contiene espacios identificados en columnas y filas, donde las columnas se identifican con las letras del alfabeto empezando desde la "A" y las filas con números empezando desde el número "1", esto permite que cada llavero quede distinguido con una coordenada, por ejemplo "B5".

1. Verificación de llaves.

Al iniciar y terminar el servicio, se debe realizar un inventario de las llaves, su estado y funcionalidad.

Las llaves recibidas en la sala de armamento, una vez terminado el servicio son retornadas a la misma. Las recibidas en el puesto de servicio, son entregadas al funcionario que recibe el turno."

(...)

Existen ligeras diferencias entre lo que se observó y como debe ser el tablero, se tiene entonces que las llaves del tablero en el comando de vigilancia, se encuentran codificadas con el nombre del lugar al que pertenecen.

Por otra parte, indagando por el manejo del libro minuta de administración de llaves y duplicados, el personal del CCV que atendió la visita responde que no se lleva dicho documento. Con base en lo anterior se concluye:

- No se evidenció control en la administración de las llaves.
- No se observó registro alguno en libro de minuta.
- Se observó una codificación contraria a la establecida en el documento guía para la administración de llaves código PM-SP-G05 versión 3.

La anterior situación es producto del desconocimiento del lineamiento establecido para la administración de las llaves del establecimiento. Bajo este entendido, la falta de tablero codificado puede generar la materialización de riesgos en la seguridad integral definidos en el Plan de Seguridad, Plan de defensa y en el Plan de Emergencia, con resultados catastróficos según la evaluación y valoración de los riesgos.

RIESGO

Posibilidad de afectación reputacional, legal y social, por deficiencias en la seguridad, plan de defensa y emergencia en el ERON, debido a un inadecuado manejo de llaves de acuerdo a la guía, cuya disposición y codificación en el tablero, sirven para proteger, prevenir y reaccionar ante una situación real o potencial de forma permanente, durante las 24 horas del día, que abarquen a la totalidad de dependencias, funcionarios, visitantes y personas privadas de la libertad, lo que conlleva a evasiones, rescates, pérdida de vidas y ataques.

RECOMENDACIÓN

Se concluye que el hallazgo es de cumplimiento, ya que ante la ausencia del tablero, el establecimiento posee llaves pero sin los estándares institucionales, por lo que su efectividad no yace en el control sino en su existencia, el cual requiere la asignación de recursos para su elaboración y disposición de llaveros y rótulos, dicha gestión debe ser realizada por la dirección y área administrativa y financiera, conforme lo establece la resolución 501 de 2005, en donde el director y comandante de vigilancia deben controlar el inventario de las llaves, su estado y funcionalidad, del mismo modo las llaves recibidas en la sala de armamento, una vez terminado el servicio serán retornadas a la misma.

HALLAZGO No.11

DEFICIENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DEFENSA Y PLAN DE SEGURIDAD - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Se evidenció la falta de estructura y descripción en el Plan de Defensa y Plan de Seguridad, de variables como: elaboración, medios técnicos, armas de fuego y munición, seguridad procedimental, seguridad dinámica, sistema de alarma, puesto de mando unificado PMU, apoyo entidades externas, ejecución plan de defensa, apoyo servidores penitenciarios en reposo, retorno a la normalidad y anexos, acorde a las formas propias de su elaboración, así como la ausencia de factores del espacio penitenciario y carcelario del establecimiento, la cual comprende los terrenos de su propiedad o posesión que la circunda y aquellos demarcados.

Con base en la anterior situación, el establecimiento se encuentra infringiendo lo establecido en el reglamento general de los establecimientos de reclusión Resolución 6349 de 19 de diciembre de 2016 en su Artículo 9:

“Párrafo 3, Capitulo segundo-sistema de seguridad y defensa de instalaciones, capitulo tercero-Precauciones y recomendaciones para la seguridad física de las instalaciones-aplicables solo para las consideraciones planteadas en el hallazgo.”

Así como también, el Manual para Elaborar el Plan de Seguridad en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional PM-SP-M10 V01, en lo referido a los numerales 2 al 2.2, así:

“2. Elaboración. El plan de seguridad se elaborará para las siguientes ocasiones:

- **Apertura del ERON.**
- **Actualización del plan de seguridad por nuevas instalaciones como ampliaciones, aumento del personal de servidores penitenciarios, aumento de PPL.**
- **Cuando se presenten eventos que afectaron la seguridad penitenciara y carcelaria.**
- **Por orden de la Dirección General del INPEC**

Se llevarán a cabo estudios imprescindibles de seguridad una vez al año y en los siguientes casos:

- **Cuando la instalación del establecimiento de reclusión funcionará por primera vez.**
- **Cuando después de un receso, la instalación o edificio se empleará nuevamente.**
- **Al efectuar cambios en la estructura de las instalaciones.**
- **Cuando se carezca de un estudio de seguridad de la instalación.**

Cada instalación deberá examinarse minuciosamente para determinar los elementos de seguridad necesarios de acuerdo a la ubicación e importancia. Los estudios de seguridad en todo caso se revisarán al menos una vez al año.

2.1. Identificación del ERON

El plan de seguridad inicia con una descripción del ERON.

2.2. Seguridad física

Se realizara una identificación de zonas, lugares y puestos de control críticos que presenten una mayor vulnerabilidad, por parte del Comandante de Vigilancia quien realiza un recorrido por el ERON, identificando los elementos que hacen parte de la seguridad física, elementos que deben ser enunciados y descritos (estado de funcionamiento en que se encuentran), dimensiones del terreno, área construida, cupos o capacidad instalada, número de pabellones, destinación de cada uno de ellos, ubicación de los puestos de servicio de ejecución tales como guardias, rejas, garitas o terrazas (cuantas, condiciones, altura, material de fabricación), al igual que Guayanas, muros, alcantarillado, circuito cerrado de televisión (con o sin conexión al Grupo Estratégico de Información Penitenciaria y Carcelaria), sistemas de comunicación, vehículos, armamento, intendencia, servidores penitenciarios, semovientes caninos, equipos de detención de metales, señalización, comunicaciones, control y alarmas, primeros auxilios, material para emergencias, contratistas, judicantes, pasantes, equipos contra incendios, instalaciones eléctricas, iluminación, vías de evacuación y acceso, entre otros.

Nota: en caso de no contar el establecimiento de reclusión con Comandante de Vigilancia, se debe solicitar al comandante de vigilancia de la Dirección Regional el respectivo acompañamiento”.

Por otro lado, el Manual para Elaborar el Plan de Defensa en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional PM-SP-M11 V01, lo consignado en los numerales 2., 3. y 3.1, así:

2. Análisis para el plan de defensa. Para llevar a cabo el plan de defensa del ERON se debe analizar las siguientes variables:

- **Sistemas de alarma.**
- **Ubicación del servidor penitenciario del CCV que rechazará inicialmente el ataque.**
- **Ubicación del servidor penitenciario del CCV en reposo.**
- **Situación de la munición en reserva y del armamento en general.**
- **Distribución del servidor penitenciario del CCV que posee armamento de corto y largo alcance.**
- **Ubicación y funciones de cada servidor penitenciario del CCV.**
- **Servidor penitenciario del CCV encargado de informar el ataque, solicitar apoyo y su reemplazo.**
- **Concentración para un posible contraataque.**
- **Misiones al servidor penitenciario del CCV que este por fuera de las instalaciones del ERON.**
- **El santo y seña.**
- **Línea de mando.**
- **Posibles apoyos.**
- **Ubicación del puesto de mando.**
- **Revisión y actualización periódica**

3. Elaboración. Para la elaboración del plan de defensa se ha determinado una secuencia de actividades para que de forma sistemática se aplique al momento de implementar o actualizar el plan de defensa de los ERON.

El plan de Defensa se elaborará para las siguientes ocasiones:

- **Apertura del ERON.**
- **Actualización del plan de defensa por nuevas instalaciones como ampliaciones, aumento del personal de servidores penitenciarios, aumento de PPL.**
- **Cuando se presenten eventos que afectaron la Seguridad Penitenciaria y Carcelaria.**
- **Por orden de la Dirección General del INPEC**

3.1. Identificación del ERON.

De modo que, el Plan de Seguridad y Plan de Defensa son apéndices del reglamento de régimen interno, la especificidad del hallazgo hace relación a varias debilidades observadas durante recorrido en compañía del comandante de vigilancia, las cuales tienen origen en que dentro del espacio penitenciario se encuentra en construcción una estructura nueva, la cual se constituye como una zona crítica, que genera riesgos para evasiones y/o ataques que debe ser incluidas dentro de los planes en comento.

RIESGO

Posibilidad de afectación reputacional por la incorrecta prestación de los servicios al personal privado de la libertad, visitantes y autoridades, en condiciones de seguridad, orden y disciplina o la evasión de PPL con medida intramural (fuga), en servicios de hospital y en desplazamientos, debido a la inaplicabilidad de procedimientos por la falta de los apéndices del reglamento general, los cuales deben estar estructurados, aprobados por la Dirección de Custodia y Vigilancia, socializados y entrenando al personal del Cuerpo de Custodia y Vigilancia del ERON, ocasionando la no identificación de los puntos frágiles de las instalaciones y una respuesta tardía ante una situación de crisis.

RECOMENDACIÓN

Dar cumplimiento al Plan de seguridad y Defensa, previa revisión, trámite y aprobación por parte de la Dirección General del INPEC, conforme lo establece el Manual para Elaborar el Plan de Seguridad y Defensa en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional.

HALLAZGO No.12

DEBILIDAD EN LA CLASIFICACIÓN DE LA PPL EN NIVELES DE SEGURIDAD – HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Como resultado de la revisión efectuada, se constató que existe un funcionario para realizar las actividades de clasificación y se observó que solo se clasifica a la PPL en nivel uno de seguridad, producto del diligenciamiento del formulario de clasificación en nivel de seguridad; al indagar con respecto a la clasificación de PPL en nivel dos y tres de seguridad, se llega a la conclusión que no se está realizando.

Así mismo, no se tiene conocimiento de la matriz de clasificación en niveles de seguridad, lo cual indica que no se tiene un criterio objetivo arrojado por la herramienta que establece el procedimiento.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive “AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022.” – subcarpetas - Hallazgos – Proceso seguridad penitenciaria.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en la Resolución 6349 de 2016 Reglamento General de los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional, en lo particular al:

(...)

“Artículo 36. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN, en su parágrafo 3 reza:

De conformidad con los criterios de clasificación, el director del Establecimiento de reclusión ordenará extremar las medidas de seguridad para garantizar la vida e integridad física de las personas privadas de la libertad.

(...)

Artículo 141. JUNTA DE DISTRIBUCIÓN DE PATIOS Y ASIGNACIÓN DE CELDAS con la excepción del parágrafo único.

La población privada de la libertad de cada establecimiento de reclusión será distribuida de acuerdo a los criterios del Código Penitenciario y Carcelario y de este reglamento, por parte de una junta clasificadora integrada por el director del Establecimiento, quien la preside, o en su defecto, el subdirector, el responsable del área jurídica y de Atención en Salud, el comandante de vigilancia y trabajador social o psicólogo.

(...)

Artículo 158 CRITERIOS DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD

Para proyectar el Plan se efectuará un examen de las variables del establecimiento, tales como nivel de seguridad de las personas privadas de la libertad.” (...).

Así, como también el Procedimiento Clasificación de las Personas Privadas de la Libertad en Niveles de Seguridad PM-SP-P02 V2 en lo relativo a las actividades: 1 al 9, así:

1. Seleccionar servidor penitenciario del CCV en ERON

(...)

2. Solicitar asignación de usuario de herramientas tecnológicas.

(...)

3. Asignar usuario Sisipec web.

(...)

4. Aplicar herramienta de Clasificación con los datos de la PPL.

(...)

5. Clasificar en nivel de seguridad.

(...)

6. ¿El PPL corresponde a nivel 2 o 3 de seguridad?

(...)

7. Asignar pabellón y celda.

(...)

8. Determinar que la PPL puede ser nivel 1.

(...)

9. Informar a Dirección Regional.

(...)

Así las cosas, esto nos indica desconocimiento e incumplimiento de los estándares de clasificación de las personas privadas de la libertad en niveles de seguridad para definir asignación, fijación o traslado, celda, alojamiento comunitario, ubicación en pabellón y esquemas de seguridad, lo que afecta el cumplimiento del plan de seguridad al no asignar a la PPL de acuerdo al nivel de seguridad que le corresponde, lo que puede generar la materialización del riesgo de una posible evasión.

RIESGO

Posibilidad de afectación reputacional por la evasión de PPL con medida intramural (fuga), en servicios de hospital y en desplazamientos, debido a la inaplicabilidad de procedimientos de categorización de las Personas Privadas de la Libertad en diferentes niveles sobre la base de ciertos criterios establecidos que se aplican para facilitar tanto su asignación a un régimen de custodia o supervisión adecuado.

RECOMENDACIÓN

Al llegar a la conclusión que, el control no existe, se debe implementar a través de la clasificación de Personas Privadas de la libertad en niveles de seguridad, conforme las tareas que le corresponden a la junta de patio y asignación de celas, Servidor Penitenciario asignado y comandante de vigilancia, este último debe controlar su cumplimiento, cada vez que el formulario y la matriz arrojen resultado en niveles dos y tres en el ERON o nivel uno según clasificación de la Dirección de Custodia y Vigilancia.

HALLAZGO No.13**DEFICIENCIAS EN LOS PUNTOS DE ACCESO AL INGRESO DEL ESTABLECIMIENTO - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.****DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**

Se evidenció falta de control en la puerta de acceso al Establecimiento, donde se realiza la labor de registrar a funcionarios, visitantes, PPL y otros, así como la requisa de paquetes, vehículos e instalaciones.

El equipo auditor, da fé que no se aplicaron los procedimientos de obligatorio cumplimiento en el puesto de servicio denominado Águila 10, tales como:

- Registros en la minuta de servicio, como consta a folio 143 de fecha 26 de septiembre de 2022, en anotaciones de la mañana, lapso de tiempo en que ingresó por primera vez el equipo auditor y no reposa anotación alguna.
- No se tomó la reseña para el control de ingreso y salida de dichos funcionarios, desde el día 26 de septiembre al 30 de septiembre de 2022.
- No se realizó registro de primer nivel, establecido para esta clase de visitas provenientes de otras dependencias del Instituto.
- Solo el día 27 de septiembre, se realizó requisita a las pertenencias y maletas por parte de un auxiliar del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, a tres funcionarios de Control Interno que ingresaron aproximadamente a las 07:10 am.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso seguridad penitenciaria.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en la Resolución 6349 del 19 de diciembre de 2016, por medio de la cual se expide el Reglamento General de los Establecimientos de Control del Orden Nacional a cargo del INPEC, en su Artículo No. 121 el cual cita lo siguiente:

"Artículo 121. REQUISITA Y PORTE DE ARMAS. Con base en lo ordenado en la ley 65 de 1993 y en la jurisprudencia constitucional, toda persona que ingrese a un establecimiento de reclusión o salga de él, por cualquier motivo, deberá ser razonablemente requisada de acuerdo con los controles de ingreso y egreso, establecidos en los procedimientos aprobados por el Director General del INPEC, apoyados con los equipos electrónicos de seguridad y los binomios (hombre-canino)"

Así, como también lo dispuesto en el Manual de Ingreso Permanencia y Salida de un Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional y Sedes Administrativas del INPEC PM-SP-M03, en lo referido a:

"1. Generalidades. La persona que ingrese a un ERON o a sedes administrativas (Sede Central, Dirección Escuela de formación (EPN) y Direcciones Regionales), debe portar su documento de identificación, teniendo en cuenta los horarios establecidos en el reglamento de régimen interno y lo reglamentado por parte de la Dirección General del INPEC para la jornada laboral, respectivamente.

Los servidores penitenciarios o de otras entidades deben portar el carné que los identifique.

Se debe acreditar mediante documento escrito la finalidad del ingreso de acuerdo a sus competencias."

De igual manera, lo establecido en el Manual para el Registro a Personas, Requisa de Paquetes, Vehículos e Instalaciones PM-SP-M07, en lo dispuesto a:

“1. Generalidades. Toda persona que se encuentre en un ERON, ingrese o salga de él, debe ser razonablemente registrada preventivamente. Por regla general el registro preventivo a personas debe ser realizado por personal del mismo género: Hombres registran a hombres y mujeres registran a mujeres.”

Igualmente, lo estipulado en el Manual para los Servicios de Seguridad en ERON PMSP-M08 en lo referido a:

“2. 2. 4. Puerta de Ingreso al establecimiento de reclusión.

(...)

-Realizar registro a las personas y requisar todo elementos o vehículo que ingrese o salga del establecimiento de reclusión utilizando los medios electrónicos dispuesto por el instituto aplicando o señalado en el PM-SP-M07 Manual registro a personas y requisa de paquetes, vehículos e instalaciones.”

-Realizar la identificación de las personas que ingresan y salen del establecimiento de reclusión, de acuerdo a lo establecido en el PM-SP-M03 Manual de ingreso, permanencia y salida de un establecimiento de reclusión del orden nacional y sedes administrativas del INPEC versión oficial.

(...)

-Mantener la puerta cerrada con llave, únicamente abrirla si se requiere el paso de una persona que previamente esté identificada y autorizada, y actuar de acuerdo a lo estipulado en PM-SP-M03 Manual de ingreso, permanencia y salida de un establecimiento de reclusión del orden nacional y sedes administrativas del INPEC.

(...)

-Mantener la vigilancia permanente y visual del sector asignado.”

Lo anterior, obedece a que no se realiza de forma permanente requisa a paquetes o vehículos o registro a los visitantes y funcionarios que ingresan al área administrativa del establecimiento, como si este sector estuviera fuera del esquema de seguridad del centro penitenciario y carcelario esto se agrava más teniendo en cuenta la ausencia de controles y la deficiencia en la seguridad en donde pueden circular terceros libremente por las instalaciones, desencadenando riesgo inminente en el mantenimiento y garantía del orden, la seguridad, la custodia y vigilancia de los privados de la libertad.

RIESGO

Posible afectación al orden, la seguridad, la disciplina, la custodia y vigilancia de los privados de la libertad, la protección de sus derechos fundamentales y otras garantías, generada por la deficiencia en los controles para el cumplimiento de la “Guía para el diligenciamiento de los libros de servicios del personal de custodia y vigilancia” y

“Manual de ingreso, permanencia y salida de un establecimiento de reclusión, como apéndices del “Manual para los servicios de seguridad”, los cuales en su conjunto describen de manera general las actividades que deben desempeñar los servidores del Cuerpo de Custodia y Vigilancia en los puestos de servicio de seguridad y definen los parámetros para el ingreso, permanencia y salida de las personas que no pertenecen a la Población Privada de la Libertad, pero deben acceder a los ERON.

RECOMENDACIÓN

Al llegar a la conclusión que, el control existe, pero no es efectivo, el mismo se debe fortalecer mediante los servicios de mando, supervisión y control, esta deberá ejercerse por los oficiales y suboficiales del ERON hacia el personal del cuerpo de custodia y vigilancia para la adecuada prestación del servicio, en donde se imparta instrucciones e inspecciones en las actividades de cada puesto de servicio.

HALLAZGO No.14

LIMITACIONES AL ALCANCE DEL TRABAJO DE AUDITORÍA - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Se tiene como punto de partida el oficio 2022IE0195369, de fecha 16 de septiembre de 2022, dirigido al Director del CPAMSPA La Paz, bajo el asunto “Oficio de Presentación y Solicitud de Información Auditoria Interna de Gestión”, en donde se comunica la realización de la auditoria desde el 26 de septiembre al 30 de septiembre de 2022, a ocho (08) Procesos Institucionales entre ellos, Seguridad Penitenciaria y Carcelaria, sin embargo, no fue posible realizar el ejercicio de verificación e inspección presencial que permitiera el fin de la auditoría, debido a que el responsable de la oficina del servicio Guía Canino se encontraba en Reentrenamiento.

Las preguntas, aspectos y/o temas que iban a ser objetos de verificación e inspección obedecían a una lista de chequeo según formato PE-PI-P08-F03 V01, bajo el requisito PM-SPM01 “Utilización de los Medios Caninos en los Establecimientos de Reclusión y Sedes Administrativas”.

No obstante, solo pudo ser verificado el libro de minuta del Servicio Guía Canino como único elemento del servicio existente y el cual obedeció a la lista de chequeo de la Guía para el Diligenciamiento de los Libros de Servicios del Personal de Custodia y vigilancia PM-SP-G20.

Lo anterior evidencia incumplimiento a lo enunciado en la Carta de Representación, suscrita por el Director de la Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad - CPAMSPA La Paz, al inicio de la auditoria, y en la cual se compromete a entregar toda la información con la debida oportunidad y calidad y soportada en el Artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, Instrumento para la actividad de la Auditoría Interna, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, el cual en su literal, señala:

“b.) Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las oficinas de Control Interno”.

Así mismo el establecimiento incumple con el Artículo 151 del Decreto 403 de 2020 emitido por la presidencia de la República el cual afirma:

“Artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente”.

Con base en las comunicaciones internas realizadas por el equipo auditor y ante la imposibilidad de desarrollar el ejercicio de auditoria en el servicio guía canino, se observa una falta de segregación de funciones, al no asignar un funcionario que supla necesidades en ausencia del responsable del área. Situación que impidió la realización de la auditoria, referente a este tema en específico.

De lo anterior, se presume una incidencia disciplinaria tal como lo establece el numeral 8 del Artículo 39 de la ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario:

“8. Omitir, retardar o no suministrar debida y oportuna respuesta a las peticiones respetuosas de los particulares o a solicitudes de las autoridades, así como retenerlas o enviarlas a destinatario diferente de aquel a quien corresponda su conocimiento”.

RIESGO

Posible afectación reputacional, originada por una inadecuada segregación de funciones, que impide el acceso a la información pública, lo que genera la imposibilidad de poder detectar y registrar en el ejercicio de auditoria aquellos actos y practicas organizacionales, contrarias al sistema de gestión integrado del instituto.

RECOMENDACIÓN

Al llegar a la conclusión que, no existe una planificación de las responsabilidades de las áreas de trabajo, frente a las diversas situaciones administrativas que se presenten, el establecimiento debe adoptar medidas tendientes a una adecuada administración del talento humano, que permitan dar continuidad a las actividades propias de cada proceso.

PROCESO DIRECTRICES JURÍDICAS DEL RÉGIMEN PENITENCIARIO Y CARCELARIO

HALLAZGO No.15

INCUMPLIMIENTO A LA CALIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Al ingresar al aplicativo SISIPPEC, en el módulo “Estadía” se generó el reporte en la ruta “Reportes calificación conducta/ R. con altas historial requieren calificación”, con el objetivo de revisar y validar el cumplimiento de la calificación conducta de la PPL a corte de 23/09/2022, se observaron las siguientes novedades:

a) Requiere calificación internos en alta:

Del reporte, se observó un total de 40 privados de la libertad en estado condenado y sindicado, detectando las siguientes situaciones:

- **Sin calificaciones:** más de 13 privados de la libertad, en diferentes estados de ingresos con ausencia de calificación de las vigencias: 2018 al 2022.
- **Requiere calificación:** el dato es incierto, para algunos, toda vez que hay casos dónde se evidencia el registro de la anterior calificación relacionada con el ingreso preliminar del privado de la libertad al establecimiento. Por ende, cada caso debe ser analizado con la cartilla biográfica o prontuario.

b) Requiere Calificación Domiciliarias:

Del reporte, se observó un total de 1.331 privados de la libertad en diferentes estados de ingresos: Prisión Domiciliaria, Vigilancia Electrónica, Detención Domiciliaria, detectando las siguientes situaciones:

- **Sin calificaciones:** un total de 889 privados de la libertad, en diferentes estados de ingresos con ausencia de calificación de las vigencias: 2012 al 2022, descontando (31) de los correspondientes a ingresos para la fecha de junio 2022
- **Requiere calificación:** el dato es incierto, para algunos, toda vez que hay casos dónde se evidencia el registro de la anterior calificación relacionada con el ingreso preliminar del privado de la libertad al establecimiento. Por ende, cada caso debe ser analizado con la cartilla biográfica o prontuario.

Denotando un incumplimiento por parte del Establecimiento a lo estipulado en la Resolución 6349 del 19 de diciembre de 2016 “Por el cual se expide el Reglamento General de los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional-ERON a cargo del INPEC, en particular en lo dispuesto por el:

“Artículo 134. CONSEJO DE DISCIPLINA. Es el órgano encargado de:

Evaluar y calificar la conducta de las personas privadas de la libertad.

Artículo 136. FUNCIONES DEL CONSEJO DE DISCIPLINA. El Consejo de Disciplina tendrá como funciones:

Cada tres (3) meses estudiar y calificar la conducta de las personas privadas de la libertad en el establecimiento de reclusión, detención, prisión domiciliaria o vigilancia electrónica”.

La situación descrita anteriormente se pudo haber presentado por carencia de personal que requiere el establecimiento para dar cumplimiento a las actividades.

En consecuencia, la no calificación trimestral de conducta perjudica trámites legales como: libertad condicional, redención de pena, entre otras, ya que toda solicitud elevada ante el Juzgado de Ejecución de Penas debe ir acompañada de la certificación de calificación de conducta, así mismo, se genera una acumulación de calificaciones pendientes en el establecimiento para la PPL que se encuentran en el domicilio con diferentes estados de ingreso: prisión domiciliaria, vigilancia electrónica y detención domiciliaria, y al momento de generarse un traslado a otro establecimiento va dificultar la actividad de calificación al otro consejo de disciplina, y en últimas el afectado siempre será el privado de la libertad.

Por lo anterior, se enuncia un presunto alcance disciplinario, en el entendido que, hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67, enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, respectivamente a la letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1º. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.

(...)

“ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la exlimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima.

La gravedad o levedad de la falta se establecerá de conformidad con los criterios señalados en el Artículo 47 de este código”.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional, no se identifica un riesgo literal o asociado a la situación del incumplimiento de la calificación de conductas a PPL, sin embargo, se evidencia la falta de controles por parte del Consejo de Disciplina del Establecimiento ya que están infringiendo una de sus funciones que es calificar trimestralmente la conducta de la PPL, omitiendo la revisión del reporte que genera el aplicativo SISIPPEC-“Requiere Calificación Domiciliarias”.

De modo que, se evidencia acumulación de PPL pendientes por calificar, que posteriormente puede conllevar a incrementar los derechos de petición y posibles tutelas por parte de los PPL, ya que el certificado de conducta es indispensable cuando se solicita ante el Juzgado de Ejecución de Penas; redención de pena, permiso de 72 horas, libertad condicional, entre otros.

RECOMENDACIONES

Es indispensable que se dé cumplimiento a lo estipulado en la Resolución N.6349 del 19 de diciembre de 2016 “Por el cual se expide el Reglamento General de los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional”, en su articulado 134 y 136, por parte del Consejo de Disciplina del Establecimiento y se realice la calificación de conducta de todos la PPL pendientes. Así mismo, el Jefe de Gobierno en el establecimiento, es quien debe optimizar el recurso humano disponible de acuerdo a sus capacidades, de manera eficiente, logrando dar cumplimiento a las diferentes actividades a ejecutar por cada proceso, siendo fundamental que el dueño del proceso diseñe controles efectivos teniendo en cuenta el criterio de evaluación que busquen por si solos prevenir o detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.

HALLAZGO No.16

POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD CON CUMPLIMIENTO DE PENA MAYOR AL 100% - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Al ingresar al aplicativo SISIPPEC, en el módulo “Jurídico” se generó el reporte en la ruta “R. Cumplimiento de la pena”, tomándose como muestra de la PPL con porcentaje de cumplimiento de pena igual o superior al 90%, los cuales suman un total de 21, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen No.03 PPL con cumplimiento de pena

CPAMS LA PAZ - REGIONAL NOROESTE										
INTERNOS CON CUMPLIMIENTO DE LA PENA										
No.	N.U.	Fecha Captura	Pena A/M/D			Req.	Dias Cumplid	Dias Redimid	Tiempo Efectivo	%
1	883032	29/06/2015	9	6	0	NO	2643	503	3146	90
2	963788	20/03/2017	5	10	0	NO	2013	0	2013	94
3	732869	20/03/2019	4	0	0	SI	1283	156	1439	98
4	163143	20/05/2015	10	0	0	SI	2683	606	3289	90
5	33927	23/01/2003	20	4	16	SI	7183	0	7183	96
6	993898	27/02/2018	4	2	0	NO	1669	0	1669	109
7	738235	12/05/2021	0	10	15	SI	499	0	499	158
8	1038732	27/02/2019	2	6	0	NO	1304	0	1304	143
9	1029746	04/12/2018	4	11	12	NO	1389	286	1675	92
10	819644	19/12/2013	12	0	0	NO	3200	954	4154	94
11	1023203	29/07/2018	4	0	0	NO	1517	98	1615	110
12	1011048	05/07/2018	3	8	0	NO	1541	27	1568	117
13	814377	11/11/2013	9	4	0	NO	3238	340	3578	105
14	973671	30/10/2019	3	0	0	NO	1059	0	1059	96
15	33032	15/05/2018	3	6	0	NO	1592	29	1621	127
16	929024	01/07/2018	5	6	0	SI	1545	345	1890	94
17	775738	27/12/2012	10	0	0	SI	3557	32	3589	98
18	789916	17/04/2013	12	6	0	NO	3446	1089	4535	99
19	853471	17/10/2014	10	8	0	NO	2898	657	3555	91
20	929876	04/06/2016	8	3	0	NO	2302	442	2744	91
21	870676	24/03/2015	9	0	0	NO	2740	249	2989	90

Fuente: Plataforma SISIPPEC

Si bien es cierto, la boleta de libertad es expedida por la autoridad judicial respectiva, se evidencia un presunto incumplimiento por parte de la dirección del establecimiento, de acuerdo a lo establecido en la Ley 65 de 1993, Artículo 70. LIBERTAD. Modificado por el Artículo 50, Ley 1709 de 2014, que a su tenor dispuso:

“La libertad del interno solo procede por orden de autoridad judicial competente. No obstante, si transcurren los términos previstos en el Código de Procedimiento Penal y no se ha legalizado la privación de la libertad, y si el interno no estuviere requerido por otra autoridad judicial, el Director del establecimiento de reclusión tiene la obligación de ordenar la excarcelación inmediata bajo la responsabilidad del funcionario que debió impartirla.

La Dirección de cada establecimiento penitenciario deberá informar en un término no inferior a treinta (30) días de anterioridad a la autoridad judicial competente sobre la proximidad del cumplimiento de la condena, con el fin de que manifiesten por escrito si existe la necesidad de suspender el acceso a la libertad de la persona privada de la libertad y los fundamentos jurídicos para ello.

El incumplimiento del precepto contenido en el presente Artículo acarreará sanciones de índole penal y disciplinaria para el funcionario responsable de la omisión.

Cuando el Director del establecimiento verifique que se ha cumplido físicamente la sentencia ejecutoriada solicitará la excarcelación previa comprobación de no estar requerido por otra autoridad judicial. Cuando se presente el evento de que trata este inciso, el director del establecimiento pondrá los hechos en conocimiento del juez de ejecución de penas con una antelación no menor de treinta días con el objeto de que exprese su conformidad.” (Subrayado fuera de texto)

Se aprecia una inobservancia e incumplimiento de la normatividad por parte de los responsables, ya que no se está realizando un seguimiento a la información consignada en SISIPPEC, para el cumplimiento de la pena de la PPL, pese a que el aplicativo genera los reportes y alertas frente a cada situación de La PPL. No obstante, también se puede presentar en el listado anterior la posibilidad de que algunos tengan requerimientos de otros procesos y no se ha realizado el ajuste.

En consecuencia, esta omisión conlleva a futuras demandas en contra del instituto, como también hacinamiento carcelario, desgaste administrativo y detrimento patrimonial.

Por lo anterior, se enuncia un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67, enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, respectivamente a la letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1°. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás RATIFICADOS por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.

“ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima.

La gravedad o levedad de la falta se establecerá de conformidad con los criterios señalados en el Artículo 47 de este código”.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional, se identificó un riesgo asociado al proceso de Planificación Institucional que a la letra dice: (R4) *“Posibilidad de afectación reputacional por publicar o suministrar información estadística sociodemográfica de la PPL a cargo del INPEC que no corresponde a la realidad, debido al inadecuado registro de información de los encargados de alimentar la base de datos del sistema en el aplicativo SISIPEC WEB o desconocimiento del procedimiento”*,

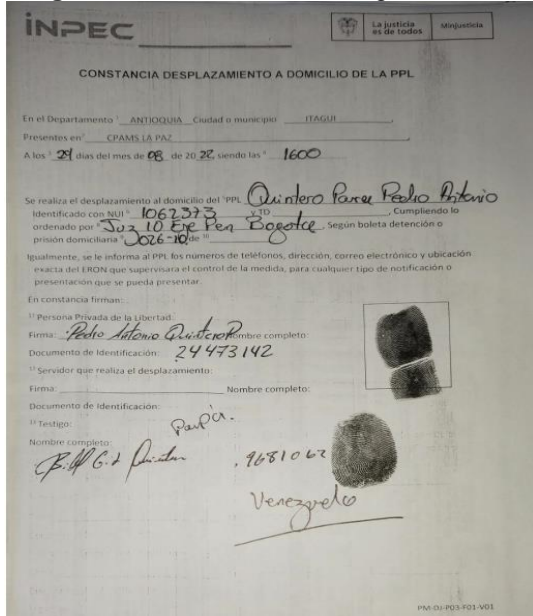
RECOMENDACIONES

Si bien el riesgo R4 cuenta con 2 controles, este se encuentra bajo la responsabilidad del proceso Planificación Institucional, es fundamental que el proceso Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario, revise el riesgo y lo adapte a su proceso, además de diseñe controles efectivos.

Se sugiere inicialmente realizar la verificación de cada caso con las cartillas biográficas, y proceder conforme la Ley, en el trámite que se requiera, y en los casos que se llegaren a identificar inconsistencias en el SISIPEC, realizar el helpdesk a la Oficina de Sistemas de Información. Así mismo, ejecutar seguimiento a la gestión realizada por el personal de apoyo, en aras de verificar que el error sea subsanado y no figuren la PPL con cumplimiento de pena superior al 100%.

Total, que, se indica generar periódicamente los reportes para su revisión y verificación, para solucionarlos a tiempo y no cuando se vulneren derechos a los privados de la libertad, la ley y los lineamientos dispuestos para las actividades jurídicas. Luego de

Imagen No.06 Formulario con diligenciamiento parcial.



INPEC La Justicia es de Todos Magisterio

CONSTANCIA DESPLAZAMIENTO A DOMICILIO DE LA PPL

En el Departamento: ANTIOQUIA Ciudad o municipio: ITAGUI

Presentes en: CPAMS LA PAZ

A los: 21 días del mes de 06 de 20 20, siendo las: 1600

Se realiza el desplazamiento al domicilio del PPL Quintero Parra Pedro Antonio identificado con NUI: 1062373 y C.D. 10, cumpliendo lo ordenado por Juzgado Penal Bogota, según boleta de detención o prisión domiciliaria 0026-10 de 2020.

Igualmente, se le informa al PPL los números de teléfonos, dirección, correo electrónico y ubicación exacta del ERON que supervisará el control de la medida, para cualquier tipo de notificación o presentación que se pueda presentar.

En constancia firman:

1) Persona Privada de la Libertad:
Firma: Pedro Antonio Quintana Parra Nombre completo:
Documento de Identificación: 24473142

2) Servidor que realiza el desplazamiento:
Firma: _____ Nombre completo:
Documento de Identificación: _____

3) Testigo:
Nombre completo: Paula
9681062
Venezuela

PM-DJ-P03-F01-V01

Fuente: Cartilla biográfica NUI: 1062373

Lo anterior, difiere al incumplimiento en lo establecido en el procedimiento Prisión y Detención Domiciliaria para Persona Privada de la Libertad PM-DJ-P03 V01, el cual tiene como objetivo; establecer el procedimiento para realizar las actividades que permitan dar cumplimiento inmediato a la sustitución de la detención preventiva o la ejecución de la pena intramural, por la detención domiciliaria o prisión domiciliaria, respectivamente concedida por autoridad judicial competente bajo supervisión del INPEC, puntualmente en su actividad 14, la cual indica:

“Desplazar la PPL por orden de autoridad judicial hacia el domicilio, por parte de los funcionarios del CCV del ERON de supervisión, verificando por medio de cotejo dactilar que la PPL es la persona a quien se le otorga la prisión o detención domiciliaria, acatando las disposiciones del PM-SP-M06 Manual traslado o remisiones de personas privadas de la libertad versión oficial, se procede a diligenciar el formato PM-DJ-P03-F01 Constancia desplazamiento a domicilio de la PPL versión oficial, preferiblemente se debe dejar registro fotográfico como evidencia de la entrega y llegada al lugar en que se cumplirá la domiciliaria, así como de la PPL desplazada y de las características externas del lugar al que la autoridad dispuso el traslado, se hace entrega a la persona privada de la libertad copia de la constancia de desplazamiento a domicilio de la PPL, para que tenga conocimiento y ubicación exacta del ERON que supervisará el control de la medida, toda esta información será ingresada en la cartilla biográfica de la PPL”.

Esta situación refleja un desconocimiento por parte del funcionario responsable de aplicar el procedimiento, tal como se puede observar en las anteriores imágenes. De modo que la ausencia de información genera la incertidumbre del funcionario que realizó el desplazamiento al domicilio del privado de la libertad.

Por otra parte, estos eventos suceden por la falta de control y seguimiento por parte de los responsables. Total, que, esta omisión trae como consecuencia, la inaplicación del

lineamiento y su formato, en aras de verificar el cumplimiento de la actividad, dejando un desgaste administrativo innecesario para los funcionarios que posteriormente deben constatar en el libro de servicios, para diligenciar la ausencia de información de cada constancia. Así mismo, se está dejando al instituto sin material probatorio de defensa en caso de futuras demandas.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional, se identifica un riesgo asociado al proceso de Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario y Carcelario, que a la letra dice: (R19), *“Posibilidad de afectación reputacional por la inaplicabilidad de los procedimientos relacionados con las remisiones y traslados, debido a normas y lineamientos desactualizados”*,

RECOMENDACIÓN

Si bien el riesgo se encuentra identificado y cuenta con un control, es evidente que este no es efectivo y se debe revisar y ajustar.

Para ellos es necesario que el proceso tenga en cuenta las siguientes acciones: Socializar y Capacitar a los funcionarios del Área de Jurídica el lineamiento Prisión y Detención Domiciliaria para Persona Privada de la Libertad Código: PM-DJ-P03 V1, a fin de que se genere la aplicación inmediata en el desarrollo de esa actividad.

Adicionalmente, se sugiere que, en caso de dudas en el desarrollo de cada actividad a ejecutar en su área, se consulte previamente el aplicativo ISOLUCIÓN y la ruta virtual de la calidad, como también con el dueño del proceso, para evitar la omisión de directrices establecidas.

Por último, se indica al proceso luego de identificar claramente las causas, realizar los ajustes necesarios y diseñar controles que realmente busquen por si solos reducir el riesgo oportunamente.

HALLAZGO N°.18

INCUMPLIMIENTO A LOS TÉRMINOS DEL DERECHO DE PETICIÓN - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

De la revisión aleatoria de las cartillas biográficas y prontuarios, se encontró una respuesta de fecha 01 de septiembre del 2022 al privado de la libertad con NUI 1016176 sin radicado de GESDOC, en dónde se argumenta;

“Atendiendo lo solicitado con radicado 2624, y encontrándonos dentro del término establecido en la Ley 1755 del año 2015, nos permitimos de manera oportuna y congruente dar respuesta”

Por tanto, se realizó el rastreo de la solicitud por medio de las carpetas compartidas por drive por la responsable del área, dónde se observa que la solicitud fue recibida el 02 de agosto de la presente vigencia la cual cuenta con el registro manual del radicado No.

2022ER0079977, al revisar la trazabilidad del radicado se observa que al momento del recibido de la petición del privado de la libertad, no se seleccionó el tiempo de respuesta para el mismo y en su lugar se escogió “No aplica”.

Así mismo se solicitó el formato en el cual se lleva el registro de las solicitudes radicadas por los PPL como: Derechos de Petición, solicitud de libertad condicional, permisos de 72 horas, prisión domiciliaria, redenciones entre otras, con el objetivo de verificar el registro y seguimiento de las mismas. Tal como se puede observar en la siguiente imagen:

Imagen No.07 Formato de seguimiento “Subrogados Penales”

B	C	D	E	F	G	H	I	J
NUI	CEDULA	DOM	ALTA	SOLICITUD CARTILLA	GESDOC	JUZGADO DE EJECUCION	FECHA RECIBIDO JUZGADO	FECHA RECIBIDO BRIGADA
167490	98549795		X	Solicitud de redencion de pena		Juzgado 05 de Ejecución de Penas de Medellin		
814164	98711389		X	Solicitud de redencion de pena		Juzgado 01 de Ejecución de Penas de Medellin		
957586	98520006		X	Solicitud de redencion de pena		Juzgado 05 de Ejecución de Penas de Medellin		
188521	98665240		X	Solicitud de redencion de pena	2021EE0000179	Juzgado 04 de Ejecución de Penas de Medellin		
949192	70515209		X	Solicitud de redencion de pena y Libertad Condicional	2022EE0000193	Juzgado 04 de Ejecución de Penas de Medellin		
1118557	1037751585		X	Solicitud de Libertad por pena cumplida	2021ee0000229	Juzgado Promiscuo municipal de Heliconia- antioquia		
1054649	1036622847		X	Solicitud de redencion de pena	2022EE0000855	Juzgado 05 de Ejecución de Penas de Medellin		
1024743	83043659		X	Solicitud de Libertad Condicional	2022EE0000631	Juzgado 01 de Ejecución de Penas de Medellin		
1052849	1094552573		X	Solicitud de redencion de pena y Libertad Condicional	20200EE0000919	Juzgado 05 de Ejecución de Penas de Medellin		
1053874	15258898		X	Solicitud de Juez	2022EE0000752			
978132	1035869991		X	Solicitud de redencion de pena	2022EE0000798	Juzgado 03 de Ejecución de Penas de Medellin		
1002333	71273950		X	Solicitud de redencion de pena	2022EE0000845	Juzgado 08 de Ejecución de Penas de Medellin		
874807	71793845		X	Solicitud de redencion de pena	2022EE0001309	Juzgado 07 de Ejecución de Penas de Medellin		
961475	1036661134		X	Redencion de Pena	2022EE0001453	Juzgado 07 de Ejecución de Penas de Medellin		
937791	98625886		X	Redencion de Pena	2022EE0001425	Juzgado 06 de Ejecución de Penas de Medellin		
1022496	1037450572		X	Solicitud de redencion de pena y Libertad Condicional	2022EE0001401	Juzgado 07 de Ejecución de Penas de Medellin		

Fuente: Suministrado por la responsable del área jurídica.

De lo anterior se colige, que la confirmación de la no aplicación del lineamiento “Guía para Conformar el Folder de Evidencias de la Persona Privada de la Libertad y Solicitud de Acceso a la información del Folder de Evidencias PM-DJ-G04”, el cual trae como anexo el formato “Control de Solicitudes PM-DJ-G04-F02”, el cual no ha sido implementado por el Establecimiento por un posible desconocimiento.

Así mismo, es importante recordar la importancia de tramitar las solicitudes en los términos establecidos en la Ley 1755 de 2015, en lo particular a su Artículo;

“14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

En consecuencia, se observo la ausencia de aplicación de los lineamientos y control en el seguimiento de la radicación de las solicitudes de la PPL, al no llevar los respectivos registros en el formato interno establecido, generando un incumplimiento a lo normado, desgaste administrativo en posteriormente dar respuesta a las acciones de tutela. Por otra parte, se vislumbra la no utilización de la herramienta Gesdoc en la respuesta realizada, impidiendo la trazabilidad de la gestión ejecutada y dejando el proceso sin terminar.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional- Vigencia 2022, se identifica un riesgo asociado al proceso Derechos Humanos y Atención al Cliente, en referencia R/10, que a la letra cita: *“Posibilidad de afectación reputacional por demora en la respuesta de las PQRSD por parte de las dependencias competentes, debido a la falta de atención al cumplimiento de los requerimientos de la ciudadanía en términos de ley y de forma oportuna”.*

RECOMENDACIÓN:

Si bien el riesgo se encuentra bajo la responsabilidad del proceso Derechos Humanos y Atención al Cliente y no bajo el proceso Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario, es fundamental que este último revise el riesgo y lo incluya en su proceso y diseñe controles efectivos.

Se sugiere a el proceso Derechos Humanos y Atención al Cliente revisar los criterios de evaluación, la efectividad de los controles y de ser necesario realizar los respectivos ajustes.

Igualmente, es importante que el proceso de Directrices jurídicas evalúe la situación encontrada e implemente en el mapa un riesgo asociado y controles efectivos que les permita reducir considerablemente la materialización del riesgo.

HALLAZGO N°.19

AUSENCIA DE EXÁMENES MÉDICOS AL INGRESO O SALIDA DEL ESTABLECIMIENTO DE LA PPL - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Revisada una muestra de cartillas biográficas y prontuarios en diferentes estados; alta, domiciliaria y en baja que reposa en el archivo del área de jurídica, se observó que en algunas no se encontraban las copias de los exámenes médicos que deben reposar en

las mismas. De modo, que se realizó la solicitud vía correo electrónico el día 28 de septiembre de la presente vigencia, fijando plazo de entrega de las historias clínicas para el siguiente día a las 02:00pm, al responsable del área de sanidad con la finalidad de corroborar la realización de la actividad por parte del profesional de salud.

No obstante, se culminó el cierre de la auditoría y el funcionario no se manifestó por ningún medio. Por tanto, se reiteró la solicitud el 04 de octubre, ampliando la fecha de entrega para el día 06 del mismo mes. Sin embargo, se recibió respuesta así;

“Mediante la presente se informa que el manejo y custodia de las historias clínicas es de la ESE la María prestador de salud intramural para esta regional, para lo cual el día miércoles 28 de septiembre se les solicita la información de EMI y VOI, pero hasta el día viernes solo se habían encontrado 6 EMI y 1 VOI de altas, en cuanto a las domiciliarias y bajas no se había realizado el trabajo de la búsqueda por la ESE la María, el día de hoy se solicita nuevamente dicha documentación para enviarla en los plazos solicitados”.

A continuación, se realiza una relación por cada caso, según la situación jurídica de los privados de la libertad, como se ilustra en las siguientes imágenes;

Imagen No. 08: Relación de verificación en Alta

ALTA/ CONDENADOS				
No.	NUI	EMI	VOI	OBSERVACIONES
1	853471	14/06/2022	NO APORTÓ	Ingresó al ERON el 11/06/2019, el exámen fue realizado 3 años después.
2	1130788	NO APORTÓ	20/05/2022	Fecha de ingreso: 14/01/2022
3	168689	19/09/2016	15/11/2016	Fecha de ingreso: 15/09/2016
4	1141355	20/05/2022	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 20/05/2022
5	1119584	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 11/09/2021
6	1130816	14/01/2022	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 14/01/2022
7	1084514	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 8/04/2020

Fuente: Equipo auditor.

Imagen No. 09: Relación de verificación en Domiciliaria/Sindicados

DOMICILIARIA/SINDICADOS				
No.	NUI	EMI	VOI	OBSERVACIONES
1	1150754	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 07/09/2022
2	1112454	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 29/06/2021
3	1111684	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 17/06/2021
4	1151265	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 13/09/2022

Fuente: Equipo auditor.

Imagen No. 10: Relación de verificación en Domiciliaria/Condenados

DOMICILIARIA/CONDENADOS				
No.	NUI	EMI	VOI	OBSERVACIONES
1	1077304	Original reposa en la cartilla biográfica 12/04/2022	16/04/2022	Fecha de ingreso: 12/04/2022
2	1152163	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 22/09/2022
3	1062373	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 29/08/2022
4	1147696	Original reposa en la cartilla biográfica	NO APORTÓ	Fecha de ingreso: 02/08/2022

Fuente: Equipo auditor.

Imagen No. 11: Relación de verificación en Baja/Condenados

BAJAS / CONDENADOS				
No.	NUI	EMI-EME	VOI-VOE	OBSERVACIONES
1	30618	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso:06/06/2003 Muerte/ Intramural Fecha de salida:6/02/2007
2	1095571	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso:07/12/2020 Muerte/ Domiciliaria Fecha de salida:29/08/2022
3	1039609	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso:11/03/2019 Muerte/ Domiciliaria Fecha de salida:29/08/2022
4	982375	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso:20/11/2017 Muerte/ Vigilancia Electrónica Fecha de salida:22/08/2022
5	1113675	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha de ingreso:8/07/2021 Muerte/ Domiciliaria Fecha de salida:28/09/2022
6	991382	NO APORTÓ	04/04/2018	Fecha de ingreso:6/02/2018 /Libertad por autoridad Fecha de salida:27/09/2022
7	1102506	NO APORTÓ	21/02/2022	Fecha ingreso: 26/02/2021 Libertad por autoridad/ Fecha de salida: 21/09/2022

Fuente: Equipo auditor.

Imagen No. 12: Relación de verificación en Baja/Sindicados

BAJAS/SINDICADOS				
No.	NUI	EMI-EME	VOI-VOE	OBSERVACIONES
1	1143690	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha ingreso: 16/06/2022 Baja por muerte/Domiciliaria Fecha de salida:30/08/2022
2	1039937	NO APORTÓ	NO APORTÓ	Fecha ingreso: 13/03/2019 Baja por muerte/Domiciliaria Fecha de salida:22/08/2022

Fuente: Equipo auditor.

Las anteriores imágenes, revelan presunto incumplimiento del procedimiento Prisión y Detención Domiciliaria para Persona Privada de la Libertad PM-DJ-P03, mediante el cual estableció las actividades a realizar que permiten dar cumplimiento inmediato a la sustitución de la detención preventiva o la ejecución de la pena intramural, por la detención domiciliaria o prisión domiciliaria, respectivamente concedida por autoridad judicial competente bajo supervisión del INPEC. Por ende, se cita el numeral 3º bajo la responsabilidad del Director ERON, Funcionario asignado área Jurídica del ERON y el Dactiloscopista de servicio del área de reseña e identificación:

“Recibir la PPL en el ERON con la medida de detención domiciliaria o prisión domiciliaria y una vez se otorgue visto bueno de ingreso por parte del Director del ERON, continuar con el procedimiento PM-SP-P01 Reseña e Identificación de Internos al Ingresar a un Establecimiento de Reclusión versión oficial.

Nota 1: se debe evitar en todo momento que la PPL ingrese a las celdas primarias o área de recepción del ERON, durante el registro de datos en el aplicativo SISIPPEC – WEB y la realización del examen médico”. (Subrayado fuera del texto)

Así mismo, es preciso citar el numeral 10º, así:

“Practicar examen médico a la PPL que se le otorgó la medida de detención o prisión domiciliaria por parte del profesional de la salud de la Institución prestadora de servicios de salud de la Unidad Primaria de Atención, diligenciando el formato PM-AS-P07-F02 EMIE versión oficial, examen médico que debe efectuarse previo a la salida de la PPL del ERON, dejando el formato original en la historia clínica y la copia se entrega al dactiloscopista de turno, para que se inserte de forma inmediata en el Prontuario y cartilla biográfica de la PPL.

(...)

Nota 1: la copia del examen médico entregada al dactiloscopia tiene como finalidad corroborar que se ha cumplido con el examen médico de egreso por parte del prestador de servicios de salud.” (Subrayado fuera del texto)

Además, se evidencia incumplimiento al procedimiento Egreso de la Persona Privada de la Libertad del Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional PM-DJ-P02, mediante el cual fijó los pasos a seguir para dar cumplimiento de forma sistemática y organizada a los diferentes tipos de egreso dentro del marco de las garantías y derechos de las personas privadas de la libertad observando las medidas de seguridad a fin de no vulnerar el orden jurídico y la ejecución de la pena, la detención preventiva, pena de prisión; estandarizando criterios a nivel nacional en el desarrollo de los tramites y crear una cultura apropiada en todos los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional. Por ende, se cita los numerales 25 y 26, bajo la responsabilidad del director del establecimiento:

“Autorizar la salida e incluir en el folder de evidencias y enviar al área de sanidad.”
(Subrayado fuera del texto)

“Solicitar al Comandante de Guardia el traslado del PPL al área de sanidad con el fin de realizar el procedimiento Seguimiento a la realización del examen médico de egreso eme a la población privada de la libertad PM-AS-P14 versión oficial”. (Subrayado fuera del texto)

Sí bien es cierto la responsabilidad de realizar el examen médico es por parte del “Profesional de la Institución prestadora de servicios de salud de la Unidad Primaria de Atención”, se evidencia un presunto incumplimiento a las actividades antes señaladas por parte de la Dirección del establecimiento y los demás responsables de áreas afines, en aras de lograr la realización del examen respectivo, el cuál debe realizarse de manera inmediata, no, unos días, meses o años después.

En consecuencia, esta omisión se puede ver materializada en demandas en contra del instituto, por la carencia de pruebas como es el caso del examen médico ya sea de ingreso o de egreso, dónde se acredite el estado de salud del PPL al ingresar y salir del establecimiento, según el caso.

Por lo anterior, se enuncia un presunto alcance disciplinario, en el entendido que, hay un presunto incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67, enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, respectivamente a la letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1º. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás Ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.

“ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima.

La gravedad o levedad de la falta se establecerá de conformidad con los criterios señalados en el Artículo [47](#) de este código”.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional - Vigencia 2022, no se encontró un riesgo asociado al hallazgo, así las cosas, se deberá escalar al proceso para la revisión de la causa generadora del riesgo y el diseño de controles de acuerdo a los criterios de evaluación e incluirlos en el mapa de riesgos que busquen por si solos prevenir o detectar la materialización del riesgo de manera oportuna, dado a la complejidad del hallazgo.

RECOMENDACIÓN

Se sugiere al establecimiento socializar con los funcionarios del área de sanidad del ERON y personal prestador de salud, cuerpo de custodia y administrativos, la importancia que en la cartilla biográfica de la PPL repose copia del examen médico de ingreso EMI, para establecer en qué condiciones ingresa la PPL, su estado de salud y evitar a futuro demandas de reparaciones directas por el desconocimiento del estado de salud con que ingreso al ERON, así mismo dejar los respectivos registros.

Adicionalmente, se sugiere que en caso de dudas en el desarrollo de cada actividad se consulte previamente el aplicativo ISOLUCIÓN y la ruta virtual de la calidad, como también con el dueño del proceso, para evitar la creación de formatos o procedimientos no establecidos.

Por otro lado, se recomienda al dueño del proceso realizar seguimiento permanente y buscar estrategias que les permita identificar estas situaciones y corregirlas.

PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

HALLAZGO No.20

AUSENCIA DE INFORMACIÓN EN LAS MINUTAS DE SERVICIOS DE LAS COMPAÑÍAS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Con el fin de realizar la verificación al cumplimiento de la jornada laboral del personal del cuerpo de custodia y vigilancia, se solicitó al área de gestión humana que informara el seguimiento y control que realizaron, recibiendo como respuesta que el establecimiento utiliza un libro de servicios, administrado por el comandante asignado a cada compañía. De este modo, se requiere al comandante de la compañía de turno Córdoba y Bolívar la minuta de asignación de servicios, donde se encontró que:

- El personal del CCV no firma el libro (ver imágenes)
- No relacionan los funcionarios que se encuentran en situaciones administrativas.
- En la minuta no detalla el servicio asignado al funcionario.
- El comandante de la compañía Bolívar dejó de registrar fecha diaria después del día 26/04/2022 al 01/05/2022
- Minutas sin diligenciar los días 25 y 28 de septiembre de la anualidad.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso gestión talento humano.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento incumple lo dispuesto en el Reglamento General de los Establecimientos de Reclusión- Resolución 6349 del 19 de diciembre de 2016, en lo referido al:

“ARTÍCULO 18. LIBROS DE SERVICIO. Al comandante de vigilancia le corresponde verificar que, en cada una de las compañías de servicio, se lleve un libro de minuta de “Servicio del Personal de Custodia y Vigilancia”, cuyo contenido será de carácter clasificado donde se constatará de manera puntual la distribución o clase de servicio y el horario que ha de cumplir el servidor penitenciario o carcelario designado. La distribución estipulará las áreas y puestos de servicio que demande el establecimiento y que le corresponda a los oficiales, suboficiales, distinguidos, dragoneantes y auxiliares bachilleres del Cuerpo de Custodia y Vigilancia. El contenido de las minutas de Servicio de los diferentes puestos del control de ERON tendrán el carácter clasificado.”

Así mismo, en el Manual para los Servicios de Seguridad en un ERON PM-SP-M08”, en su numeral:

“2. 1. 4. Oficial de servicio

Servicio responsable de la administración, diligenciamiento y control del libro de minuta para servicios de mando, supervisión y control, el cual está destinado para la asignación de los servicios del personal del cuerpo de custodia y vigilancia.” (...)

Situación que se pudo haber presentado por ausencia de un efectivo control, seguimiento y monitoreo de manera adecuada y oportuna de la información relacionada con los servicios del personal del CCV, si bien estas minutas fueron destinadas para tal fin, las mismas no se ajustan a lo normado, cuyo sistema de información deficiente conlleva a tomar decisiones erróneas que no corresponde a la realidad institucional, debilitando los controles y la integración de las actividades que atañen a la misionalidad del centro de reclusión.

RIESGO

Al revisar el mapa de riesgos del instituto no se observó un riesgo asociado al hallazgo, a pesar de ello es importante que el proceso identifique los riesgos que ocasionan el no diligenciar correctamente la información en la minuta de servicio, uno de esos riesgos pueden ser, no tener certeza de los funcionarios que se encuentran de servicio en el caso de emergencia o de situaciones que afecten la seguridad, como (incendios, fugas, peleas al interior de los pabellones, muerte de la PPL, etc.). De igual forma no llevar un control del cumplimiento de la jornada laboral y no contar con soportes que respalden un ausentismo laboral. Luego de identificar este riesgo es necesario implementar controles que prevengan o detecten la causa raíz e inmediata.

RECOMENDACIÓN

Es importante que el Establecimiento implemente controles que le permitan: Mitigar la materialización del riesgo y detectar las causas generadoras del riesgo.

Así mismo que los oficiales de servicio de las compañías se responsabilicen de la administración, diligenciamiento y control del libro de minuta y que el comando de vigilancia realice un control permanente al diligenciamiento de la información en estos libros.

HALLAZGO No. 21

DEBILIDAD EN EL REPORTE DE AUSENTISMOS LABORALES NO JUSTIFICADOS EN EL QUE INCURREN LOS SERVIDORES PÚBLICOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO.

Al verificar el control y seguimiento que realiza el establecimiento a los ausentismos laborales se encontró que durante el periodo auditar registraron dos (2) ausentismo laboral. Al indagar al responsable del área de gestión humana, informó que durante este periodo no recibió reporte de ausentismos laborales del comando de vigilancia.

Situación que preocupa teniendo en cuenta que los comandantes de compañía, así como el comando de vigilancia están en el deber de reportar al área de gestión humana

los funcionarios que no se presenten al servicio o que en su defecto registren alguna novedad (incapacidades, licencias de luto, etc.). Es importante indicar que es el área de gestión humana es quien debe encargarse de notificar al funcionario para que allegue su justificación.

Por otra parte, la funcionaria encargada del área de gestión humana, informó que ofició en repetidas ocasiones mediante oficios de fechas 17 de enero 2022 sin número de radicado, el día 21 de abril 2022 sin número de radicado y el día 07 de septiembre de la anualidad con número de radicado no legible, al Director del Establecimiento y Comandante de Vigilancia, donde les solicitó recordar a los comandantes de compañías reportar al área de gestión humana los funcionarios que presentaron novedades administrativas.

Lo anterior, refleja un presunto incumplimiento del Decreto No. 1083 de 2015, donde señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.2.5.5.56. (...)

El jefe inmediato deberá reportar al jefe de la Unidad de Personal o a quien haga sus veces, la inasistencia a laborar del personal a su cargo. La ausencia de este reporte será sancionada de conformidad con lo señalado en la Ley 734 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan...”

Así como, lo enunciado en el Procedimiento para el Reporte de Incapacidades por Enfermedad General, Laboral, Accidentes de Trabajo y Licencias Médicas PA-TH-P17-V01;

“3. Reportar control de incapacidades por centros de trabajo. Cuando el funcionario no asista a laborar y no entregue el documento de incapacidad, se debe reportar al Grupo de Nómina como ausentismo laboral, con el fin de evitar detrimento patrimonial (...).

(...)

6. Informar a la Oficina Control Interno Disciplinario. Mediante oficio firmado por el Subdirector de Talento Humano se informa a la Oficina de Control Interno Disciplinario los casos de reportes o entregas extemporáneas de incapacidades para su respectiva investigación, toda vez que esta situación genera detrimento patrimonial por pagos en exceso irre recuperables de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Riesgos Laborales, parafiscales, subsidios de alimentación y transporte.”

La causa del incumplimiento obedece a un presunto desconocimiento del procedimiento y a la ausencia de un efectivo control y seguimiento por parte de los comandantes de compañía y comando de vigilancia, en el reporte oportuno de los ausentismos injustificados al área de gestión humana del establecimiento.

Situación que también se puede observar en las imágenes del hallazgo No.20, en donde muchos de los funcionarios del CCV no firmaron la minuta de servicios, lo que presume un posible ausentismo laboral.

Lo descrito en el presente hallazgo trae como consecuencias, la apertura de procesos disciplinarios, aumento de la carga laboral en los demás funcionarios, afectación del clima organizacional y detrimento patrimonial de pagos por labores no realizadas. Así como la debilidad en los controles y la integración de las actividades que atañen a la misionalidad del responsable del proceso y centro de reclusión.

Por consiguiente, se enuncia un presunto alcance disciplinario, en el entendido que, hay un posible incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67 de la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, respectivamente a la letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público: Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.

“ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima”.

RIESGO

Al revisar el mapa de riesgos institucional, se pudo evidenciar que no existe un riesgo literal o asociado a la situación enunciada en el presente hallazgo. Sin embargo, se debe evaluar el impacto que un incumplimiento de estos genera al interior de la Entidad y que tiene relación directa con el ausentismo laboral. La observancia de lo anterior permitirá la aplicación oportuna de los correctivos y por ende se reflejará en la disminución de este tipo de comportamientos que afectan la buena marcha del instituto.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda a la subdirección de talento humano diseñar controles efectivos que mitiguen la materialización del riesgo, realizar un seguimiento permanente a los controles implementados a las regionales y establecimientos adscritos del deber que tienen los comandantes de compañía reportar los ausentismos laborales del personal del CCV al comando de vigilancia y este a su vez, al área de talento humano del establecimiento para que verifiquen y en el caso de ser necesario se notifique al personal y se adelante el trámite respectivo.

HALLAZGO No.22

DEBILIDADES EN LA AUTORIZACION Y DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO AUTORIZACIÓN DE PERMISOS REMUNERADOS DE LOS SERVIDORES PENITENCIARIOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Con el objetivo de verificar el cumplimiento por parte del establecimiento La Paz, de los lineamientos existentes, así como de los controles sobre la administración del recurso humano, se realizó la revisión en las historias laborales del formato autorización y control de permisos, para lo cual se seleccionó aleatoriamente seis (06) funcionarios administrativos y cuatro (4) funcionarios de CCV, encontrando las siguientes novedades:

- Autorización de permiso en formato no oficial.
- No adjuntan al permiso el documento anexo.
- El formato de permisos no se encuentra alineado con el resto de documentación que conforman la carpeta, como lo menciona el manual de Gestión Documental.
- Algunos permisos, se encuentran sin visto bueno del jefe inmediato, ni firma del Director del establecimiento.

Situaciones que se pueden observar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso gestión talento humano.

Lo anterior, evidencia un presunto incumplimiento de la Resolución No. 002025 del 07 de junio de 2019, "Por medio de la cual se delegan unas competencias", establece:

(...)

"ARTÍCULO 2.6. Permiso Acuerdo Sindical. Delegar en los jefes de Oficina Asesora, jefes de Oficina, directores operativos, directores técnicos, subdirectores técnicos y subdirectores operativos, directores regionales y directores de establecimientos de reclusión el otorgamiento de los permisos establecidos por acuerdo sindical vigente de los funcionarios a su cargo. Dichos permisos deben ser disfrutados dentro de cada vigencia y no deben ser acumulables con otras situaciones administrativas.

Parágrafo. Los permisos concedidos por los delegatarios deberán ser registrados para el debido control y seguimiento en el formato establecido para tal fin y los reportes mensuales individuales deberán reposar en la hoja de vida del funcionario". (Subrayado fuera de texto)

Así como también obedece a un presunto incumplimiento al actual Plan de Bienestar e Incentivos Institucional PA-TH-PN05 V03, y al Artículo 29 del Decreto 407 de 1994, el cual señala:

"4. Permiso remunerado: de conformidad con el artículo 29 del Decreto 407 de 1994, PERMISOS. Los servidores públicos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, cuando medie justa causa, pueden obtener permiso, con goce de sueldo hasta por tres (3) días; tal solicitud deberá ser presentada por escrito motivando las razones. Corresponde al Director General del Instituto o a quien él delegue la facultad, y a los directores de los centros de reclusión, autorizar o negar los permisos. La concesión de los permisos debe figurar en la hoja de vida del empleado". (Subrayado fuera de texto)

De acuerdo con las normas transcritas, se puede inferir un presunto desconocimiento por parte de la administración del establecimiento en el sentido de autorizar permisos en un formato no oficial, al no realizar un control de calidad al momento de recibir los formatos a los funcionarios; que estos se encuentren correctamente diligenciados, con visto bueno y la autorización del jefe inmediato o Director del establecimiento, según el caso. Así mismo, que adjunte el soporte que justifique el permiso o la solicitud del funcionario por escrito motivando las razones del mismo.

La situación encontrada mediante el presente hallazgo trae como consecuencias, un deficiente control de permisos, posibles ausentismos laborales, aumento de la carga laboral en los demás funcionarios, afectación del clima organizacional y posible detrimento patrimonial de pago por labores no realizadas.

RIESGO

En revisión realizada al Mapa de Riesgos institucional, se evidencio que **no existe** un riesgo literal o asociado a la situación enunciada en el presente hallazgo. No obstante, se crea la necesario de evaluar el impacto que la falta de control de los permisos genera al interior de la Entidad y que tiene relación directa con el ausentismo laboral, Si bien, el Instituto otorga permisos especiales a los servidores públicos, en busca de fortalecer el equilibrio entre el ámbito familiar, personal y laboral, corresponde al director del Establecimiento, autorizar o negar los permisos, los cuales deben obedecer a una programación previa con el fin de no perturbar la prestación del servicio. Así mismo, su concesión debe figurar en la historia laboral del funcionario. Es importante que el dueño del proceso revise las causas identificadas en el párrafo anterior, así como las consecuencias que genera la falta de control a estos permisos, y diseñen controles efectivos que mitiguen la materialización del riesgo.

RECOMENDACIÓN

- Se recomienda que el formato de solicitud de permiso de todos los servidores públicos del establecimiento, sea el oficial y se encuentre debidamente autorizado y firmado por el Director del Establecimiento o responsable del área y el anexo que justifique la solicitud.
- Se sugiere a la dirección del establecimiento, concertar la programación del disfrute de los permisos compensatorios, de tal manera que no se vea afectada la prestación del servicio.
- Por otro lado, se recomienda a los responsables de las áreas, comandante de vigilancia y comandantes de compañías seguir las recomendaciones realizadas en el desarrollo de la auditoria y en el caso que el funcionario se ausente de sus labores sin la debida autorización del Jefe Inmediato, se reporte al área de gestión humana del establecimiento el informe de ausentismo.

HALLAZGO No.23

DEBILIDAD EN EL SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE EVENTO DE SALUD POR MEDICINA LABORAL RELACIONADO CON LAS DECISIONES MÉDICO LABORALES VENCIDAS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Al realizar la revisión de la información entregada por el funcionario responsable de seguridad y salud en el trabajo del establecimiento, se evidenció que existen un total de dieciocho (18) funcionarios con Decisiones Médico Laborales en el establecimiento de los cuales cuatro (04) se encuentran vencidas desde la vigencia 2016, 2021 y 2022, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro No.01: Decisiones Médico laborales Vencidas

No	Cedula	Fecha emisión DML			Fecha vencimiento DML			Observaciones
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
1	71.191.047	12	7	2016	12	12	2016	Funcionario que se ha requerido por la dirección del establecimiento la actualización de las decisiones medico laborales. en diferentes oportunidades así: 09/04/2021 y 12/07/20. El día 10 de agosto del 2021 el establecimiento remite al grupo de SST sede central la historia clínica del funcionario por medicina general, documento que fue rechazado por no ser expedido por el médico especialista tratante el día 07/09/2021, respuesta que se notifica al funcionario el día 18/11/2022, sin recibir contestación. Luego el establecimiento nuevamente realizar requerimiento mediante oficios de fecha 09/03/2022 y 08/04/2022. Pero a la fecha no ha llegado documentos.
2	18.522.862	16	10	2020	16	10	2021	Funcionario que se ha requerido por la dirección del establecimiento en diferentes oportunidades así: Días 18/11/2021, 09/03/2022 y 08/04/2022, la actualización de las decisiones medico laborales. Y quien para la fecha de la auditoria tenía programada la cita con especialista tratante el día 29/09/2022. El día 30/09/2022 el funcionario entrega historia laboral en el área de SST del establecimiento para envió al grupo de SST sede central.
3	4.378.283	16	9	2020	16	9	2021	El área de seguridad y salud en el trabajo del establecimiento remite al grupo de SST sede central documentación del funcionario para renovación de DML vencidas el día 13/05/2022, a la fecha no se recibe respuesta
4	21.469.548	17	10	2019	22	09	2022	El área de seguridad y salud en el trabajo del establecimiento remite al grupo de SST sede central documentación del funcionario para renovación de DML vencidas el día

No	Cedula	Fecha emisión DML			Fecha vencimiento DML			Observaciones
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
								19/07/2022, a la fecha no se recibe respuesta

Fuente: Información entregada por el responsable de SST del establecimiento.

Del cuadro anterior, se puede inferir que existe (1) funcionario con decisiones médico-laborales vencidas desde la vigencia 2016, dos (02) desde la vigencia 2021 y uno (01) de la presente vigencia. Si bien el funcionario responsable de SST informa, que se ha requerido a los funcionarios de manera reiterativa, los mismos han hecho caso omiso a lo solicitado, presentando así un tiempo considerable de vencimiento, lo cual demuestra un presunto incumplimiento por parte del establecimiento, en reportar oportunamente a la instancia de Control Interno Disciplinario correspondiente, el desacato de las obligaciones en materia de Riesgos Laborales de los funcionarios con DML vencidas, de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, Artículos 22 y 91 inciso b, el cual establece:

“Artículo 22. Obligaciones de los trabajadores.

Son deberes de los trabajadores:

- a) **Procurar el cuidado integral de su salud;**
 - b) **Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud;**
 - c) **Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este Decreto;**
 - d). **Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa;**
- Artículo 91. Sanciones. (...)**

b. Para el afiliado o trabajador. El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa (...).”

De lo anteriormente expuesto, se evidencia un presunto incumplimiento por parte del establecimiento al Procedimiento Evaluación de Evento de Salud por Medicina Laboral – ESMEL, PA-TH-P01 V2, donde se indica:

“(…) Quienes presenten la instrucción en la DML de ser evaluados nuevamente, están obligados a cumplir con el requisito anteriormente mencionado y de no realizar el trámite respectivo ante la Subdirección de Talento Humano, se les deberá iniciar una investigación en Control Interno Disciplinario, por el incumplimiento de sus obligaciones en materia de Riesgos Laborales, en los términos del Decreto 1072 del 2015 y en el decreto 1295 de 1994, artículo 22 y 91 inciso b, previa notificación que realice el área de Talento Humano de la respectiva sede, quien está en la obligación legal de solicitarlo (...).”

De manera que le corresponde al establecimiento informar el incumplimiento ante la Oficina de Control Interno Disciplinario y a la fecha no lo realizó. Situación que demuestra la inobservancia del procedimiento que determina las acciones que se deben llevar a cabo, el cual no ha sido tenido en cuenta.

Son consecuencias de este incumplimiento, la imposibilidad de adelantar procesos disciplinarios, para investigar y sancionar las conductas de los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, y que afectan la correcta prestación del servicio y el cumplimiento de los fines y funciones del INPEC.

Por consiguiente, se enuncia un presunto alcance disciplinario, en el entendido que, hay un posible incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67 de la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, respectivamente a la letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público: Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.

“ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima”.

RIESGO

En revisión realizada al Mapa de Riesgos institucional, se pudo evidenciar que no existe un riesgo propio o asociado a la situación enunciada en el presente hallazgo, si bien el equipo auditor no es partidario de crear riesgos ante cualquier incumplimiento evidenciado durante una auditoria, si llamamos la atención en el sentido de evaluar el impacto que un incumplimiento de estos genera al interior de la Entidad y que tiene relación directa con la implementación de controles preventivos y/o correctivos, a fin de optimizar y dinamizar el personal del CCV en los diferentes servicios de seguridad del establecimiento.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda a la Dirección del Establecimiento, que, por intermedio del profesional responsable del área de Seguridad y Salud en el Trabajo, se verifique de manera permanente, el vencimiento de las DML de los servidores públicos con eventos de salud y se requiera oportunamente. Si no se atienden dichos requerimientos, se reporte inmediatamente a la instancia de Control Interno Disciplinario, el desacato de las obligaciones en materia de Riesgos Laborales de los funcionarios con DML vencidas, de conformidad con el Decreto 1295 de 1994.

De la misma manera se recomienda al responsable del proceso implementar controles efectivos que les permita identificar la anterior situación desde la sede central y tomar las medidas necesarias para que se requiera el cumplimiento de lo normado, esto con el fin de que el personal que se encuentra apto regrese a cumplir sus labores y se fortalezca el talento humano en los servicios.

HALLAZGO No.24

AUSENCIA DE LA FORMALIZACIÓN DE LA ENTREGA DEL PUESTO DE TRABAJO Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO ANTE LOS RETIROS DEFINITIVOS O TEMPORALES DE SERVIDORES PENITENCIARIOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Con el fin de realizar seguimiento al procedimiento mediante el cual se formaliza la entrega del puesto de trabajo, ante cualquier situación administrativa que implique la separación temporal o definitiva de los servidores penitenciarios del Establecimiento, se solicitó a la responsable del área de gestión humana informara si los funcionarios que presentaron alguna situación, realizaron la entrega del puesto de trabajo en el Formato PA-TH-P28-F01 Acta de Entrega del Puesto de Trabajo, versión oficial, recibiendo como respuesta que los funcionarios no hicieron entrega del puesto de trabajo.

En tal sentido, se evidencia un presunto incumplimiento por parte de la dirección de la CPAMSPA La Paz, al Procedimiento para la Entrega del Puesto de Trabajo PA-TH-P28 V01, donde se indica lo siguiente en la actividad No.7 y 12:

“7. Verificar la entrega del puesto de trabajo. El Jefe de Dependencia validará el cumplimiento del Formato PA-TH-P28-F03 Verificación de entrega del puesto de trabajo versión oficial, entregado por el servidor público que se retira definitiva o temporalmente del cargo en el instituto.

12. Remitir el formato de verificación de entrega del puesto de trabajo. Remitir por correo electrónico al Grupo de Administración Historias Laborales el Formato PA-TH-P28-F03 Verificación de entrega del puesto de trabajo versión oficial debidamente firmado para realizar el cierre del ciclo del servidor público.”

Aunado a lo anterior, hay debilidad en garantizar la conservación de la información, transferencia de conocimientos, útiles, equipos, muebles y bienes confiados a la administración del servidor que se desvincula, a fin de evitar que se afecte la ejecución de los lineamientos y la prestación del servicio, ocasionado presuntamente por desconocimiento del procedimiento mencionado o por inobservancia de las implicaciones que puede generar la no entrega formal del puesto de trabajo.

En consecuencia, no se garantiza la continuidad de la gestión institucional, así como la conservación de la memoria documental de la entidad. Pudiendo incurrir en sanciones por parte de los entes de control, afectando negativamente la continuidad de la gestión

frente a las responsabilidades asignadas a los cargos y generando reprocesos en las actividades.

RIESGO

Una vez verificada la matriz de riesgos del Instituto, no se evidencia un riesgo relacionado con la formalización de la entrega del puesto de trabajo de los servidores públicos, que se separan temporal o definitivamente del cargo que ostenta, sin embargo, es importante evitar que se afecte la ejecución de los procesos y la prestación del servicio a nivel institucional, mediante la plena observancia de las normas y condiciones legales para ello establecidas.

Por otra parte, es fundamental que el responsable del proceso diseñe controles efectivos que le permitan a los establecimientos conocer, aplicarlos y mitigar la materialización del riesgo.

RECOMENDACIÓN

Diligenciar completamente el Formato PA-TH-P28-F01: Acta de Entrega del Puesto de Trabajo, versión oficial, por parte del servidor público que se retira, haciendo entrega del puesto de trabajo al Jefe Inmediato o a quien este designe.

Así mismo, solicitar al servidor que hace entrega del puesto de trabajo, que presente un Informe sobre los programas o proyectos, procedimientos o actividades que realiza, avances, pendientes y resultados obtenidos.

La entrega de archivos tanto físicos como digitales de información debe estar organizada de acuerdo con el Manual de Transferencias Documentales (aplicando los procedimientos de clasificación, ordenación y descripción) y las Tablas de Retención Documental del INPEC.

Por último, es fundamental que el proceso luego de tener diseñado claramente los controles, capacite a las áreas de gestión humana de los establecimientos y al personal en general de la importancia que tiene la entrega formal del puesto de trabajo, así como las consecuencias de no hacerlo.

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

HALLAZGO No.25

CONSIGNACIÓN EXTEMPORANEA EN BANCOS POR CONCEPTO DE DECOMISOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Con el objetivo de verificar el cumplimiento por parte del personal responsable del Establecimiento de los lineamientos existentes, así como de los controles y administración de los recursos por concepto de decomisos en dinero realizados a la

Población Privada de la Libertad PPL, se procedió a revisar los soportes remitidos al auditor.

Datos consignados en archivo excel donde se detalla la verificación realizada en la siguiente ruta: Cpamspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Decomisos/papel de trabajo decomisos.

Como resultado, se revisaron un total de cuarenta y tres (43) decomisos de los cuales 14 de ellos cuentan con los 3 días hábiles de tiempo entre el momento del decomiso y la consignación efectuada en bancos, los veintinueve (29) restantes excedieron los tres días hábiles, lo anterior incumple lo normado en el Artículo 1º de la Resolución No. 4443 del 20 de noviembre de 2014 que menciona:

“ARTICULO PRIMERO. El dinero incautado en operativos de seguridad realizado en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, deberá consignarse en la cuenta corriente No. 309-017614 del BBVA, por parte del pagador del respectivo centro y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la incautación”. (Subrayado Nuestro)

Lo anteriormente descrito refleja una presunta falta de supervisión y seguimiento e incluso la posible falta de coordinación y comunicación entre áreas, ya que en esta actividad puntual participa el comando de vigilancia, personal de la compañía de servicio, policía judicial y la Pagaduría del establecimiento, por lo tanto y dado que hay administración de recursos de por medio hay un riesgo evidente de pérdida de los mismos y sanciones o investigaciones para los responsables si es que el riesgo en mención se llegase a materializar.

Por otra parte, se enuncia un presunto alcance disciplinario en el entendido que a criterio del equipo auditor hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único”: Artículo 38 (numerales 1 y 3) y Artículo 67 que a letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente...

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función.

(...)

ARTÍCULO 67. Faltas graves y leves. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las

funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta este prevista como falta gravísima”.

RIESGO

Posibilidad de pérdida de dinero producto del decomiso de las personas privadas de la libertad, a causa de una inadecuada identificación de responsabilidades de los procesos que intervienen en esta actividad en el manejo de los recursos, conforme lo establece el artículo 1° de la resolución 4443 del 20 de noviembre de 2014.

RECOMENDACIÓN

No existe un control que asegure que los dineros decomisados sean entregados oportunamente al área de pagaduría del establecimiento, dicho control debe implementarse mediante órdenes precisas por parte del director del establecimiento, ejecutándose las acciones por parte del comandante de vigilancia según los protocolos establecidos.

HALLAZGO No.26

DEBILIDAD EN LA RAZONABILIDAD DE LAS CUENTAS DE BANCOS- HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Una vez se procedió a revisar las conciliaciones bancarias, el reporte auxiliar contable por cuenta bancaria SIIF Nación y los extractos bancarios correspondientes al periodo 01 de septiembre de 2021 al 31 de agosto de 2022.

Se encontró lo siguiente:

En el Establecimiento se encuentran activas seis (6) cuentas bancarias:

- Banco Popular Gastos Generales Cuenta No. 192000222
- Banco BBVA Gastos Personales Cuenta No. 299000703
- Banco Popular Matriz Internos Cuenta No. 192000339
- Banco Popular Caja Especial Cuenta No. 192000230
- Banco Popular Expendio Cuenta No. 192000305
- Banco Popular Proyecto Productivo Cuenta No 192000420

Datos consignados en archivo excel donde se detalla el resultado de la verificación en la siguiente ruta: Cpamspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Conciliaciones/papel de trabajo Conciliaciones.

De la revisión efectuada se presentaron las siguientes situaciones:

- No se diligencia el formato conciliación bancaria (PA-GF-P07-F01-V02)
- Diferencia de saldos entre extracto vs auxiliar contable por cuenta bancaria SIIF Nación y conciliaciones bancarias
- Pendiente por depurar movimientos de años anteriores

- Cuentas con saldos negativos

Como se puede observar los montos de años anteriores se encuentran registrados de manera global no están discriminados por transacciones, no especifica un documento que lo soporte, ni fecha de origen, asimismo, no se evidencia un proceso de depuración permanente para dichos saldos, incumpliendo con ello lo normado para el registro en el formato PA-GF-P07-F01-V02 Conciliación Bancaria asociado al Procedimiento Conciliaciones Bancarias PA-GF-P09 V01, en el cual debe enunciarse de manera individual por cada uno de los montos o transacciones lo siguiente: la fecha, número de transacción o del documento fuente, valor y la fecha de la transacción, de igual forma en su actividad No. 1 describe:

“1. Recopilación Información: La conciliación bancaria, radica en comprobar y conciliar uno a uno los valores que se tienen registrados en los libros auxiliares de las diferentes Cuentas Bancarias ya sea de Ahorro o Corriente con los valores que suministra el extracto bancario cada mes, con el objeto de identificar partidas que estén registradas en el extracto y no registradas en los libros o viceversa. Respecto a partidas no registradas en los libros se busca el soporte o se investiga el estado real de la operación.”

De igual manera, el Procedimiento de Depuración de Cuentas PA-GF-P014, especialmente en sus numerales 1 y 10 que mencionan:

“1. Revisar información financiera revelada en Estados Contables, Aplicativo SIIF Nación y documentos soportes. Para la revisión de información financiera se debe:

(...)

• Analizar los registros en SIIF Nación

• Analizar documentos soportes

(...)

10. Registrar los saldos depurados en SIIF Nación. Se procede a efectuar el registro contable de ajuste en SIIF Nación de acuerdo a los documentos soporte o a la información obtenida y a revertir el registro incorrecto si lo hubiere. Este registro debe ser efectuado bajo los parámetros establecidos en el P.G.C.P. emitido por la C.G. N.”

Con lo anterior, esta situación obedece a que la funcionaria responsable desarrolla múltiples funciones, lo que le impide realizar continuamente un proceso de depuración de cuentas y saneamiento de saldos.

En consecuencia, se observa un control contable bajo, con poca gestión en la depuración de cuentas del efectivo y especial en la depuración de bancos, impidiendo esto tener una cifra confiable, veraz y oportuna en el balance, que refleje la realidad de los hechos económicos de la Institución.

Por otra parte, se enuncia un presunto alcance disciplinario en el entendido que a criterio del equipo auditor hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único” Artículo 38 (numerales 1 y 3) y Artículo 67 que a letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente (...)

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función”.

(...)

ARTÍCULO 67. Faltas graves y leves. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta este prevista como falta gravísima”.

RIESGO

Posibilidad de afectación reputacional por hallazgos de los entes de control por divulgar Estados financieros que no reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto fuera de los requerimientos normativos.”, a causa de la inadecuada “Identificación, clasificación, medición y registro de los hechos económicos en el momento de su ocurrencia”, lo que puede generar incumplimiento del régimen de contabilidad pública y demás normas vigentes, así como el no fenecimiento de la cuenta fiscal por parte de la Contraloría General de la República.

RECOMENDACIÓN

Si bien se encuentran controles definidos los mismos no son efectivos, por tanto se sugiere interiorizar en el área financiera lo enunciado en el procedimiento PA-GF-P09 Conciliaciones Bancarias y su formato PA-GF-P07-V02 Conciliaciones Bancarias, de manera que se tenga conocimiento pleno del mismo, permitiendo el cumplimiento efectivo de la gestión encomendada, así como la realización de una adecuada depuración de las cuentas identificando las partidas conciliatorias dejando evidencia del trabajo realizado.

HALLAZGO No.27

INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE LA DEPURACIÓN DE LAS CUENTAS DEL BALANCE – HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Con el propósito de confirmar el cumplimiento del cronograma proyecto depuración de cuentas del balance elaborado por la Dirección de Gestión Corporativa –Grupo

Contable, se solicitó al auditado suministrar los soportes de comprobantes contables, depuración de cuentas de inventarios, deudas, cuentas por pagar, etc., que evidencien el cumplimiento del mismo.

Recibiendo como respuesta en documento digital mediante correo electrónico los comprobantes contables conciliación, donde adjuntan setenta y ocho (78) comprobantes contables manual SIIF Nación de la cuenta 15 inventarios vigencias 2014, 2015, 2018, 2019, 2020, realizados en los periodos 2018 a 2022, a fin de ajustar las diferencias, lo anterior se puede apreciar en la siguiente ruta:

Cpamspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Depuración de cuentas.

Las situaciones analizadas reflejan incumplimiento del cronograma y del Procedimiento Depuración Cuentas Contables PA-GF-P14, toda vez que en los documentos enviados por el Establecimiento, se observa la depuración de la cuenta de inventarios, quedando pendiente depuración de las cuentas contables como: cuentas por pagar, cuentas por cobrar, bancos etc., estipuladas en el cronograma de depuración para la vigencia 2021 y 2022, lo anterior se presenta dado a que la funcionaria responsable desarrolla múltiples funciones, lo que le impide realizar continuamente un proceso de depuración de cuentas y saneamiento de saldos.

Situación que conlleva a que la información reflejada en los saldos de los estados financieros carezca de razonabilidad y confiabilidad.

Por tanto, y dado que dentro de lo mencionado en el hallazgo se evidencia un presunto alcance disciplinario toda vez que hay un posible incumplimiento en lo enunciado en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único” Artículo 38 (numerales 1 y 3) y Artículo 67 que a letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente (...)

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función.

(...)

ARTÍCULO 67. Faltas graves y leves. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las

funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta este prevista como falta gravísima”

RIESGO

Posibilidad de afectación reputacional por hallazgos de los entes de control por divulgar Estados financieros que no reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto fuera de los requerimientos normativos.”, a causa de la inadecuada “Identificación, clasificación, medición y registro de los hechos económicos en el momento de su ocurrencia”, lo que puede generar incumplimiento del régimen de contabilidad pública y demás normas vigentes, así como el no fenecimiento de la cuenta fiscal por parte de la Contraloría General de la República.

RECOMENDACIÓN

En la revisión al mapa institucional se observa controles definidos para el riesgo en mención, pero lo mismo son débiles por lo tanto es importante fortalecer el control realizando de manera permanente depuración de cuentas contables, así mismo realizar capacitaciones y socializaciones en la materia.

HALLAZGO No.28

DEBILIDAD EN EL SOPORTE DOCUMENTAL DE LOS REQUISITOS PARA PAGO DE VIATICOS A FUNCIONARIOS Y PAGO DE COMBUSTIBLE - HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Como resultado de la revisión efectuada a los soportes suministrados por parte del Establecimiento, respecto a los pagos de viáticos de los funcionarios de comisión, y suministro de combustible gasolina y ACPM, durante el 01 de septiembre 2021 al 31 de agosto del 2022 se encontró lo siguiente:

El establecimiento, viene trabajando bajo el formato PA-GF-P08-F01 V02 autorización comisión de servicios o desplazamiento para personal de planta y contrato, reconocimiento viáticos y gastos de viaje o modificación, el cual fue actualizado por el formato PA-TH-P47-F03 en su versión V03.

- Para las comisiones de la vigencia 2021 no se adjuntó el formato denominado PA-GF-P08-F02 V01 "liquidación de viáticos y gastos de viaje comprobante de pago". A diferencia en la vigencia 2022, dónde el establecimiento implementó dicho formato.

Es importante precisar que mediante oficio No 2022IE0222946 del 21 de octubre de 2022 la Dirección de Gestión Corporativa, imparte directrices sobre el procedimiento para pago de viáticos donde informan, que el formato de liquidación de viáticos y gastos fue remplazado por el “Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País”, el cual se liquida directamente en el aplicativo SIIF NACIÓN, por lo que a partir de la fecha solo se tendrá en cuenta para la

liquidación de viáticos el documento en mención. No obstante, cabe resaltar que el lineamiento debió de realizarlo la Subdirección de Talento Humano. Sin embargo, al no encontrarse el procedimiento actualizado, recae en el proceso de gestión financiera.

- No se adjuntó el certificado de disponibilidad presupuestal en algunas de las OP y en otros casos se observó ausencia de firma de los funcionarios en el documento plan de marcha.
- Fecha de diligenciamiento del formato autorización comisión de servicios y fecha de la comisión corresponden al mismo día o se encuentra diligenciado con 1 día de anticipación, la solicitud debe ser programada como mínimo con cinco (5) días calendario.

La anterior situación incumple el Procedimiento Reconocimiento y Pago de Viáticos y Gasto de Viaje PA-GF-P08 V03, donde enuncia los requisitos para pago, esta situación obedece a un presunto desconocimiento del referente normativo, así como de los formatos relacionados, en consecuencia, los responsables de dicho control podrían afrontar investigaciones disciplinarias o incluso fiscales debido a la no observancia de lo allí estipulado.

A continuación, se detalla la ruta donde podrá encontrarse lo observado al suministro de combustible y viáticos:

Cpamspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Viáticos/papel de trabajo Viáticos.

- ÓRDENES DE PAGO SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE GASOLINA Y ACPM

Analizada la información del suministro de combustible se encontró lo siguiente:

- No se observó en algunas OP los comprobantes de salida de consumo de combustible de PCT, (si bien la norma no exige este documento por control de soportes es importante adjuntarlo)
- No se adjunta la certificación del Revisor Fiscal del pago parafiscal en ninguna de las OP.
- Algunos de los boucher de suministro de combustible como soportes de pago de la factura electrónica, no se encontraban legibles por lo que no fue posible corroborar la información.

Así las cosas, es evidente el incumplimiento del Manual de Contratación PA-LA-M03-V07, en lo referido al punto 14.1 así:

“14.1 Forma de pago del valor del contrato.

(...)

En los respectivos pagos se requiere la presentación por parte de los contratistas de los siguientes documentos:

- a. Presentación en debida forma de la factura.**
- b. Relación de los bienes con los valores correspondientes.**
- c. Certificación de recibo a satisfacción expedida por el supervisor del contrato.**
- d. Informe de supervisión el cual debe estar suscrito por el contratista y el supervisor del contrato.**
- e. Certificación expedida por el Representante Legal o por el Revisor Fiscal según sea el caso, donde certifique que se encuentra al día con el pago de sus obligaciones a los sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Laborales y Parafiscales.**

(...)"

Por cuanto es responsabilidad del área financiera del establecimiento verificar antes del pago que las cuentas se encuentren con todos los documentos soportes.

Esta situación refleja desconocimiento de los procedimientos por parte del funcionario encargado al no presentar los documentos respectivos en cada orden de pago de combustible, solicitada por la auditoria, así como también falta seguimiento y control al momento de recepcionar la documentación completa, para el pago de viáticos de las comisiones en servicios.

El no verificar y corroborar que todas las órdenes de pago se encuentren con los soportes respectivos tanto de combustibles como de viáticos a funcionarios en comisión, pone en riesgo la confiabilidad de la información y la transparencia en los servicios prestados.

Por otra parte, se enuncia un presunto alcance disciplinario en el entendido que a criterio del equipo auditor hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en la Ley 1952 de 2019 "Código Disciplinario Único" Artículo 38 (numerales 1 y 3) y Artículo 67 que a letra dice:

"ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente (...)

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función".

(...)

ARTÍCULO 67. Faltas graves y leves. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la exralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta este prevista como falta gravísima”

RIESGO

Posibilidad de realizar pagos sin el lleno de los requisitos, con el fin de beneficiar a terceros para obtener dádivas, lo que conlleva a la afectación de cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia.

RECOMENDACIÓN

Dar cumplimiento a lo establecido en el procedimiento Reconocimiento de viáticos y gastos de viaje al interior del país PA-TH-P49 V01, así como al Manual de Contratación PA-LA-M03-V07, en lo referido al punto 14.1 donde enuncia los requisitos para pago. De igual forma se sugiere implementar un control que permita identificar que al momento del pago se cuente con todos los documentos que lo respalden, realizando verificación detallada de los soportes anexos.

OBSERVACIÓN No.01

BAJA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Se analizó la ejecución presupuestal de la vigencia 2022 a corte de 31/08/2022, donde se evidencia que el nivel de ejecución presupuestal total (Recursos Nación y Propios), es de 81,75% a nivel de compromisos y 39,91%, a nivel de obligación, este último encontrándose por debajo del nivel ideal a 31/08/2022 el cual es de 75% como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 02: Resumen saldos ejecución presupuestal a 31 de agosto de 2022.

Saldos Apr. Vigente	Saldo Compromiso	Saldo obligación	% Compromiso Ejecutado	% Obligación ejecutado
1.193.505.161	975.743.105	476.289.434	81,75%	39,91%

Fuente: Datos tomados de la Matriz Excel Ejecución a 31 de agosto 2022, suministrada por el área de presupuesto Sede Central.

Estos rubros que en su mayoría no se encuentran ejecutados obedecen a caja especial, expendio, proyectos productivos (granja, panadería).

Así mismo en el comportamiento de la ejecución Presupuestal del Expendio, proyectos productivos (granja, panadería) se observan rubros con 0 % de ejecución en compromiso, obligación y pagos como se detalla en archivo excel en la siguiente ruta: Cpmaspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Ejecución presupuestal/Reporte ejecución desagregada.

Con base en la revisión efectuada se evidencio una baja gestión por parte de las áreas comprometidas, dado que se observa que el área administrativa y financiera, realiza el seguimiento mensual al presupuesto mediante oficios los cuales son remitidos a la Dirección del establecimiento y a los responsables de cada área de la ejecución del mismo, por lo que es necesario que cada área responsable ejecute los rubros asignados toda vez que, de no ser así, se corre el riesgo de que en futuras vigencias se recorte el presupuesto, o no se apruebe los recursos solicitados, afectando el cumplimiento de los objetivos y actividades planeadas.

OBSERVACION No.02

DEBILIDAD EN LA REVISIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO -RUT A LOS PROVEDORES

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

En revisión realizada a la documentación que hace parte integral de las órdenes de pago de combustible, se observó RUT que no cumple con los requisitos que se encuentran estipulados en el Artículo 658-3 del estatuto tributario, el cual enuncia lo siguiente:

“Cualquier cambio que implique una actualización del Rut, debe ser realizado dentro del mes siguiente al hecho que genera la actualización”

La situación mencionada anteriormente no permite evaluar adecuadamente las condiciones tributarias de las entidades jurídicas, lo cual implica posibles errores al no tener claridad en cuanto a la calidad del contribuyente frente a las retenciones que deben ser aplicadas.

Como ejemplo se encontró el siguiente proveedor:

- Distracom S.A presentan RUT con última fecha de actualización en el 2015

Lo anterior puede generar afectaciones en la liquidación y pago de impuestos en el instituto.

OBSERVACION No.03

FALTA DE RESPUESTA OPORTUNA Y CLARIDAD FRENTE A LINEAMIENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA FRENTE AL MANEJO CONTABLE DE LOS PROYECTOS PRODUCTIVOS, POR PARTE DE LA REGIONAL NOROESTE.

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Mediante oficios No.2022IE0035375 de fecha 22 de febrero del 2022 y No. 2022IE0025644 de fecha 09 de febrero de 2022, el establecimiento solicitó

instrucciones a la Regional Noroeste sobre el manejo contable proyecto productivo Granjas y guía de acreedores varios. Solicitudes que a la fecha de la auditoria no recibieron respuesta favorable, situación que preocupa toda vez que es responsabilidad de la Dirección Regional apoyar a sus establecimientos adscritos en las diferentes novedades y situaciones que se presentan; esto con el fin de la mejora continua y la aplicación correcta de los procedimientos y normatividad vigente.

Lo anterior conlleva al error ya que las cifras proyectadas pueden carecer de confiabilidad y razonabilidad, afectando la representación fiel de la información reflejada en los saldos contables.

lo anterior se puede apreciar en la siguiente ruta: Cpamspa - La paz - 2022/ papeles de trabajo/Gestión financiera/Observaciones.

PROCESO DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO

HALLAZGO No.29

DEBILIDAD EN EL CUMPLIMIENTO NORMATIVO, PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN CONDENADA EN FASE DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO Y LA ASIGNACION EN ACTIVIDADES DE TRABAJO, ESTUDIO Y ENSEÑANZA - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Se solicitó al área de atención y tratamiento, reportes del aplicativo SISIPPEC WEB, con el ánimo y de forma selectiva realizar verificación a la labor de los cuerpos colegiados CET y JETEE en el establecimiento, encontrando lo siguiente:

1. Población privada de la libertad condenada sin clasificación en fase, como parte de su tratamiento penitenciario, ver el cuadro siguiente:

Cuadro No.03: Selección PPL sin fase tratamiento

N. U.	Estado	Fase	Fecha de Ingreso
1135437	Condenado	Sin fase	14-mar-22
1086557	Condenado	Sin fase	19-jul-22
1125416	Condenado	Sin fase	07-sep-22
1131325	Condenado	Sin fase	24-ene-22
986648	Condenado	Sin fase	14-jul-22
1150809	Condenado	Sin fase	07-sep-22

Fuente: Reporte aplicativo SISIPPEC Web

Lo anterior es un incumplimiento a la resolución 7302 de 2005, artículo 8, el cual dice:

“Artículo 8°. Proceso de tratamiento penitenciario. El proceso de Tratamiento Penitenciario inicia desde el momento en que el interno(a) es condenado en única, primera y segunda instancia, o cuyo recurso de casación se encuentre pendiente e ingresa a la fase de Observación, Diagnóstico y Clasificación en un Establecimiento del Sistema Nacional Penitenciario y finaliza una vez obtenga la libertad.” Subrayado propio.

Así mismo al procedimiento: Operatividad del concejo de evaluación y tratamiento – CET PM-TP-P07 V1, en su numeral 8 que refiere:

“8. Clasificar en fase de tratamiento. Descripción: Iniciar proceso de clasificación en fase; el responsable de Tratamiento y Desarrollo semanalmente imprime el listado de internos sin fase, generado por el SISIPPEC Web.

Clasificar en fase de tratamiento imprimiendo semanalmente el listado de privados de la libertad sin fase, generado por el SISIPPEC Web.

Identifica el número de PPL condenadas con sentencia ejecutoriada que deben iniciar proceso de tratamiento penitenciario y se remite al funcionario designado para realizar el concepto jurídico para el CET o en su defecto el área jurídica del ERON; para que realice el estudio y lo clasifique en la fase de tratamiento observación, diagnóstico y clasificación del interno.” Subrayado propio

2. Población privada de la libertad condenada sin asignación en actividades de trabajo, estudio y enseñanza válidas para redención de pena, como se muestra a continuación:

Cuadro No.04: Selección PPL sin fase tratamiento-Programa TEE

N. U.	Fase de Tratamiento	Programa de TEE
1114247	Observación y Diagnóstico	Sin programa
1113533	Observación y Diagnóstico	Sin programa
1134657	Observación y Diagnóstico	Sin programa
1141348	Observación y Diagnóstico	Sin programa
1144611	Observación y Diagnóstico	Sin programa
1110605	Alta seguridad	Sin programa
1102200	Alta seguridad	Sin programa
958245	Alta seguridad	Sin programa
31794	Alta seguridad	Sin programa
928770	Alta seguridad	Sin programa
1076177	Mediana seguridad	Sin programa
849750	Mediana seguridad	Sin programa
1115001	Mediana seguridad	Sin programa
726480	Mediana seguridad	Sin programa
170479	Mediana seguridad	Sin programa

N. U.	Fase de Tratamiento	Programa de TEE
1062561	Mínima seguridad	Sin programa
32995	Mínima seguridad	Sin programa
837359	Mínima seguridad	Sin programa
40779	Mínima seguridad	Sin programa
858778	Mínima seguridad	Sin programa

Fuente: Reporte aplicativo SISIPPEC Web

Lo anterior, denota una falla en la aplicación de la Resolución 3190 de 2013, artículo tercero. Criterios de funcionamiento, literales b, d y en general la aplicabilidad de los Programas del Sistema de Oportunidades Intramural del capítulo quinto, que mencionan:

“b. Se organizan bajo el concepto de gradualidad y progresividad, con el fin de apoyar y verificar el avance del interno en su plan de tratamiento, teniendo en cuenta las fases del Tratamiento Penitenciario, el contexto de seguridad y las condiciones de infraestructura del Establecimiento de Reclusión.

(...)

d. Para la asignación de programas de Trabajo, Estudio y Enseñanza, se da prioridad a los internos condenados sobre los sindicados (...) y también para redimir la pena en caso de condenados.

(...)

Capítulo V: Programa del Sistema de Oportunidades Intramural.

Artículo Décimo: El Sistema de Oportunidades Inicial (P.A.S.O. Inicial) (...)

Artículo Décimo Primero: El Sistema de Oportunidades Medio (P.A.S.O. Medio) (...)

Artículo Décimo Segundo: Sistema de Oportunidades Final (P.A.S.O. Final) (...)

Del mismo modo se da un incumplimiento al Procedimiento para la Evaluación, Selección, Asignación, Seguimiento y Certificación de Actividades PM-TP-P03-V03, numeral 12, que cita:

“12. Sesionar JETEE. Descripción. Sesionar JETEE al menos una vez al mes.

Los integrantes de la JETEE analizan el informe de evaluación y selección de las personas privadas de la libertad que son aspirantes a las actividades ocupacionales realizado por los funcionarios del área de Tratamiento y Desarrollo, y según el reporte del plan ocupacional actualizado (vacantes) a la fecha de asignación, se conceptúa para asignar, ubicar, reubicar o promover únicamente a las personas privadas de la libertad preseleccionadas que cumplan los requerimientos en una actividad del sistema de oportunidades.” Subrayado propio.

Lo descrito anteriormente obedece a un control deficiente en los cuerpos colegiados CET y JETEE, respecto a las actividades que les competen; uno frente a la asignación en fase de tratamiento, incluida la valoración permanente de éste, y la otra frente al acceso de la PPL al Sistema de Oportunidades ofrecido por el INPEC, aunado quizá a la baja periodicidad de sesiones realizada por los mismos, de acuerdo a lo establecido para ello, generando esto el no cumplimiento de la norma, respecto a cada caso en

particular de la PPL en su proceso de tratamiento penitenciario, así como quejas por parte de la PPL ante estas situaciones.

RIESGOS

En revisión al Mapa de Riesgos Institucional, se observan riesgos asociados al presente hallazgo, como son: R61 "Posibilidad de afectación reputacional por PPL sin seguimiento al plan de tratamiento penitenciario debido a la falta de ajustes al mismo de acuerdo con las necesidades de PPL en los tiempos establecidos por normatividad" y R62 "Posibilidad de afectación reputacional por PPL que no desarrolla habilidades y competencias acordes con su plan de tratamiento penitenciario y los niveles del sistema P.A.S.O. (Inicial, Medio, Final)"

RECOMENDACIÓN

Sugerimos estudiar el control 1 existente tanto para el R61, el cual es: "Dentro del procedimiento PT 50-018-08 V01 "Operatividad del Consejo de Evaluación y Tratamiento", en el punto 7 se establece realizar el seguimiento al plan de tratamiento penitenciario de la PPL mínimo cada seis meses o cuando el CET lo considere pertinente, el cual se realizará diligenciando el formato OP 50-027-08 Versión 03, "Seguimiento a Tratamiento Penitenciario", procedimiento que deben cumplir los profesionales del CET. como para el R62 que menciona: "Dentro del procedimiento PM-TP-P03 V3 en el que establece la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades de trabajo Estudio y Enseñanza, en el punto número 8 denominado "Entrevistar y evaluar a la Persona Privada de la Libertad", se debe aplicar el formato PMTPP03F03V03 "Evaluación y entrevista de las Personas Privadas de la Libertad". Se observa que los controles no son efectivos por lo que en ambos casos es necesario revisar si efectivamente la labor se gestiona con la periodicidad que se menciona y de ser así, replantear el control o implementar nuevos, para que realmente se observe la efectividad de estos y lo enunciado en el presente hallazgo no se siga presentando.

HALLAZGO NO. 30

PLAN OCUPACIONAL NO ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CONDENADA PRIVADA DE LA LIBERTAD, DE ACUERDO CON LA METODOLOGÍA PASO – HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Tomando como base los reportes: Cobertura CET por establecimiento vs Cobertura Plan Ocupacional TEE, se observó lo siguiente:

Cuadro No.05: Cobertura CET vs Cobertura Plan Ocupacional a Sep26/2022

COBERTURA CET	TOTAL PPL	COBERTURA PLAN OCUPACIONAL	TOTAL CUPOS ASIGNADOS
Observación y diagnóstico	132	PASO INICIAL	845
Alta seguridad	546		
Sin fase	11		
Subtotal	689	% Cobertura	81.54%
Mediana seguridad	146	PASO MEDIO	42
Subtotal	146	% Cobertura	347.62%

Mínima seguridad	54	PASO FINAL	32
Confianza	18		
Subtotal	72	% Cobertura	225.00%
Total Cobertura	907	Total Cupos Asignados	919

Fuente: Reportes SISIPPEC Web aportados por el auditor

De lo anterior se puede deducir lo siguiente:

a. Respecto a los cupos asignados según el plan ocupacional vs la PPL en paso inicial, aparentemente se tiene una cobertura del 100% sin embargo, revisada la PPL en fase de Observación, diagnóstico y clasificación en total 132 vs el número de cupos disponibles en el plan ocupacional para el programa de Inducción al Tratamiento se tienen cupos máximos de 40; luego no son suficientes para el número de PPL asignada en esta fase, lo cual hace suponer que existe PPL clasificada en esta fase, desempeñando actividades ocupacionales no acorde a su Plan de Tratamiento penitenciario.

b. Con relación a la PPL en Paso Medio se observa que hay menos cupos disponibles en el plan ocupacional 42 vs los asignados en cobertura del CET 146, ratificando lo observado en el punto anterior, PPL desempeñando actividades ocupacionales no acorde a su Plan de Tratamiento Penitenciario.

c. Similar observación se presenta para la PPL en paso final, donde la oferta de 32 cupos, es inferior a la demanda de 72 PPL asignados en fase de mínima y confianza.

La situación descrita incumple con lo normado en el Procedimiento para la Evaluación, Selección, Asignación, Seguimiento y Certificación de Actividades PM-TP-P03-V03, numeral 12. Que menciona:

“12. Sesionar JETEE. Descripción. Sesionar JETEE al menos una vez al mes.

Los integrantes de la JETEE analizan el informe de evaluación y selección de las personas privadas de la libertad que son aspirantes a las actividades ocupacionales realizado por los funcionarios del área de Tratamiento y Desarrollo, y según el reporte del plan ocupacional actualizado (vacantes) a la fecha de asignación, se conceptúa para asignar, ubicar, reubicar o promover únicamente a las personas privadas de la libertad preseleccionadas que cumplan los requerimientos en una actividad del sistema de oportunidades. Subrayado propio

Igualmente, con la Resolución 3190 de 2013 “Por la cual se determinan y reglamentan los programas de trabajo, estudio y enseñanza válidos para evaluación y certificación de tiempo para la redención de pena en el Sistema Penitenciario y Carcelario administrado por el INPEC” especialmente en su artículo tercero. Criterios de funcionamiento, literal g, que a la letra dice:

“g. El sistema de Oportunidades se estructura en una matriz de plan ocupacional que opera como herramienta para la administración y control de los programas de trabajo, estudio y enseñanza en los establecimientos de reclusión, elaborada a partir de las caracterizaciones y establece el flujo de oferta - demanda por actividad, mediante la definición de cupos máximos, asignados y disponibles.”

Lo anterior, se presenta por una deficiencia quizá en la operatividad y en una comunicación asertiva entre el cuerpo colegiado del CET y la JETEE, siendo el CET quien provee los insumos a la JETEE para la asignación de la PPL en las diferentes actividades de TEE, lo que conlleva al incumplimiento en los planes de tratamiento sugeridos por el CET y que la población privada de la libertad pueda avanzar progresivamente en el proceso de tratamiento con acceso a beneficios administrativos bajo los principios de oportunidad, gradualidad y progresividad.

RIESGOS

El riesgo asociado al presente hallazgo incluido en el Mapa de Riesgo Institucional es R75: *“Posibilidad de afectación reputacional y económica por oferta ocupacional insuficiente para la PPL en los ERON, debido a no solicitud de modificación a los planes ocupacionales en los ERON”*

RECOMENDACIÓN

Se recuerda e invita a los responsables del proceso cumplir con el control 1 que existe para este riesgo el cual es: *“La Subdirección de Desarrollo de Habilidades Productivas - Grupo de Actividades Ocupacionales ejecuta la permanente modificación de los planes ocupacionales, previa solicitud de los ERON y aval de las DIREG por demanda, que es registrado en matriz en excel “Modificación planes ocupacionales ERON”, con las observaciones pertinentes.”*, al gestionar dicho control permitirá manejar de una forma óptima el riesgo evidenciado, dando una adecuada cobertura oferta vs demanda.

PROYECTOS PRODUCTIVOS

HALLAZGO No.31

NO PRESENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Se hace la solicitud de los estudios de factibilidad al responsable de expendio, con el ánimo de conocer los productos aprobados para su elaboración y comercialización vigencia 2022, al igual que las actas realizadas con los representantes de Derechos Humanos de la PPL, como población objetivo o consumidores finales de los mismos; dicha información no fue provista por el auditado; es preciso anotar que el funcionario se encuentra recién asignado al desempeño de estas funciones, por lo que con relación al archivo del área se encuentra en proceso de revisión, sin embargo, esto incumple con la Guía para la Administración de Actividades Productivas PM-TP-G01 V01, que en su numeral 4. Documentación disponible de actividades productivas en el ERON, menciona:

“Cada actividad productiva debe contar con dos (2) carpetas que reposarán permanente en la oficina del Área de Atención y Tratamiento del Establecimiento, con los siguientes documentos:

Carpeta No 1: De manejo permanente

- **Copia del último estudio de factibilidad aprobado.**
- **Acto administrativo de creación de la actividad productiva, suscrito por la Dirección del ERON.**
- **Fotocopias de las resoluciones de apoyo y fortalecimiento a las Actividades Productivas recibidas por el Instituto.**
- **Presupuesto de Caja Especial aprobado vigencia tras vigencia.”** Subrayado propio

Así mismo, a los lineamientos SUBA 2022 emitidos en febrero/22, por Subdirección de Desarrollo de habilidades productivas, numeral 2. Grupo de Actividades Productivas, sección: -Creación, administración y gestión de actividades productivas / Planeación, menciona:

- **Elaborar un Estudio de Factibilidad para la creación, fortalecimiento o actualización de la actividad productiva de acuerdo (...)**
- **Al iniciar el año, el responsable de la actividad debe conocer en detalle los productos que se van a elaborar, los cuales debieron definirse con anterioridad y ser concertados con los representantes de derechos humanos de la PPL(...) con el propósito de realizar los procesos de contratación pertinentes. Esto permitirá que no haya ningún inconveniente para la elaboración y producción o adquisición (en el caso de expendios) de los productos definidos.”**

- Lista de chequeo en visita a actividades productiva en ERON, ítem No.5 que dice:

5.	¿Se cuenta a la fecha con el estudio de factibilidad debidamente actualizado para la actividad productiva?, verificar formato	<p>En razón a que la contratación se realiza por cada vigencia, se hace necesario la actualización de los Estudios de Factibilidad ajustando los valores con la nueva contratación, con el fin de conocer los costos de producción, la rentabilidad % de la actividad productiva, por lo cual se realizara anualmente como mínimo.</p> <p>Así mismo todos los productos comercializados por la actividad productiva, deberán estar incluidos en los Estudios de Factibilidad, cada vez que se crea un nuevo producto., o cuando sea necesario realizar algún ajuste al precio del producto, se deberá ajustar los estudios de factibilidad.</p>
----	---	---

Lo descrito se presenta por desconocimiento de la normativa existente, los lineamientos emitidos por la dirección general, aunado a una entrega deficiente del puesto de trabajo, lo cual implica para este caso, la no verificación del aval de esos proyectos, la concertación sobre los productos a comercializar en los expendios y a producir en los proyectos, que actualmente venden en el ERON y sus efectos en los estados de resultados.

RIESGO

El riesgo asociado al presente hallazgo, en el Mapa de Riesgos Institucional es el R72 que dice: “Posibilidad de afectación reputacional y económica por la inapropiada gestión de las actividades productivas, debido a la falta de personal idóneo, capacitado y suficiente, en la administración de las actividades productivas, con desconocimiento de la normatividad vigente y lineamientos para su gestión.”, con causa inmediata No. 3 “Ausencia o falta de actualización de estudios de factibilidad que detallen costos de producción vs precios de venta de productos elaborados, indicadores esenciales que determinan la viabilidad económica y social de la actividad productiva.”

RECOMENDACIÓN

Se sugiere chequear el control No. 3 fijado al riesgo anterior que menciona: “La Subdirección de Desarrollo de Habilidades Productivas - Grupo de Actividades Productivas, solicita anualmente el diligenciamiento del formato estudio de factibilidad de actividades productivas PM-TP-P01-F01, en procesos de actualización, creación y fortalecimiento de actividades productivas.”, y se atienda tomando las medidas correctivas y preventivas necesarias, con el ánimo de actualizar los estudios de factibilidad, asegurando la continuidad de esta labor en el tiempo.

HALLAZGO No.32

INCUMPLIMIENTO EN EL TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA PPL, EN UNA MISMA ACTIVIDAD – HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

En revisión selectiva a la Orden de asignación en programas de trabajo estudio y enseñanza para algunas actividades, 14 en concreto, se observó que se encuentran 4 PPL asignada a una misma actividad con tiempo superior a un año, como se observa a continuación:

Cuadro No.06: Muestra selectiva de Orden de asignación de TEE

ORDENES DE ASIGNACIÓN EN PROGRAMAS DE TEE					
TD	Fase de tratamiento	Fecha ingreso	Programa de TEE	Fecha de asignación actividad de TEE	# Días a sep 26/2022
501008827	Alta	Ago/15/2015	Especies Menores - Granja	Sep/15/2021	371
501003320	Mediana	Abr/8/2015	Expendio A/S	Ago/03/2020	773
501010035	Mediana	Ago/31/2016	Expendio áreas comunes	May/10/2021	496
501012057	Alta	May/15/2018	Expendio A/S	Sep/15/2021	371

Fuente: Ordenes de asignación archivo expendio.

La PPL con número de TD: 501008827, 501003320, 501010035, 501012057, incumplen con lo referido en los Lineamientos SUBDA 2022, de la Subdirección de Desarrollo de Habilidades Productivas- febrero 2022, numeral 2. Grupo Actividades Productivas, sección: Permanencia y Bonificación de PPL, la cual menciona:

“El tiempo de permanencia en una misma actividad productiva para una PPL no debe ser inferior a seis (06) meses, excepto en caso de actos de mala conducta, traslado de ERON o recuperación de la libertad, y no puede exceder un tiempo de un (01) año.” Subrayado propio.

Lo aquí observado, puede obedecer al desconocimiento de la norma, o a la falta de seguimiento y observación por parte de los grupos colegiados respecto a la valoración semestral que se debe hacer a estas asignaciones, permitiendo así la no generación de espacios y acceso al Sistema de Oportunidades hacia la demás Población Privada de la Liberta, como mecanismo alternativo en su proceso de tratamiento penitenciario.

RIESGO

El presente hallazgo cuenta con riesgos asociados tanto de gestión como de corrupción en el Mapa de Riesgo Institucional, siendo estos: R63 *“Posibilidad de afectación reputacional por la baja participación de la PPL condenada en los programas psicosociales con fines de tratamiento penitenciario, debido al déficit de profesionales y la falta de articulación con el CET”* y R71 *“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros a cambio de acceder a los programas de tratamiento y/o actividades de trabajo, estudio y enseñanza.”* Respectivamente.

RECOMENDACIÓN

El riesgo anterior R63, cuenta con el control 2 mencionando: *“Los ERON deben diligenciar mensualmente la Matriz de Seguimiento a la implementación de los Programas Psicosociales con Fines de Tratamiento Penitenciario, con las coberturas de cada uno de los programas y presentar trimestralmente informe con avances y dificultades en la implementación de los Programas Psicosociales de tratamiento.”*, así como el control 1 al R71, que menciona *“El grupo de Tratamiento Penitenciario cuenta con lineamientos para cada uno de los programas, en donde se establecen requisitos de accesibilidad, y lineamientos a tener en cuenta. Documentos que son socializados con las Direcciones Regionales y Establecimientos de Reclusión al inicio de vigencia. (...), se recomienda revisar si se ejecutan los controles tal como están mencionados evaluando su efectividad, y si es necesario modificarlos o plantear unos nuevos, en el caso del control 2 al R63, evaluar la periodicidad de forma bimensual o trimestral haciendo el control más riguroso y para el control 1 al R71, implementar controles más robustos que garantice la no materialización del mismo, como la segregación de funciones en los encargados de realizar dicha labor.*

HALLAZGO No. 33

PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD SINDICADOS, CON CLASIFICACIÓN EN FASE DE TRATAMIENTO – HALLAZGO ADMINISTRATIVO, CON PRESEUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Revisado a selección la orden de asignación en programas de trabajo estudio y enseñanza para algunas actividades, se observa Población sindicada de Justicia y Paz, caso PPL con TD: 501010730, 501010732 con beneficios de redención de pena, cupos bonificables, accediendo al Sistema de Oportunidades en igualdad de condiciones que la PPL condenada, incumpliendo lo establecido en el Decreto 3011 de 2013, Título VI, Disposiciones sobre régimen penitenciario y carcelario, Artículo 91, el cual dice:

“Artículo 91. Resocialización en los pabellones de Justicia y Paz. Sin perjuicio del régimen de seguridad dentro de los pabellones y establecimientos penitenciarios de

Justicia y Paz en los cuales se encuentren los postulados y condenados en el marco de este proceso, se autorizará la salida de sus pabellones a otros espacios al interior del establecimiento penitenciario con el fin de desarrollar las actividades de resocialización a través de trabajo, estudio, enseñanza y otras que estén incorporadas en el programa especial. Bajo estos supuestos las actividades de resocialización no estarán enmarcadas dentro del Plan de Acción y Sistema de Oportunidades (PASO), sino que atenderán a los fines y características del “proceso penal especial de justicia y paz. Lo anterior tendrá como objetivo dar cumplimiento a las obligaciones requeridas para obtener la pena alternativa y reintegración a la vida civil” Subrayado propio

De igual forma se da un incumplimiento con lo establecido en la resolución 7302 de 2005, artículo 8, que relaciona:

“Artículo 8°. Proceso de tratamiento penitenciario. El proceso de Tratamiento Penitenciario inicia desde el momento en que el interno(a) es condenado en única, primera y segunda instancia, o cuyo recurso de casación se encuentre pendiente e ingresa a la fase de Observación, Diagnóstico y Clasificación en un Establecimiento del Sistema Nacional Penitenciario y finaliza una vez obtenga la libertad.” Subrayado propio

Lo descrito obedece quizá a desconocimiento del CET, respecto a la normativa aplicable, lo cual puede generar riesgos de seguridad al interior del ERON, concediendo beneficios a PPL que no cumplen o tienen los debidos procesos jurídicos cumplidos. Por otra parte, se enuncia un presunto alcance disciplinario en el entendido que a criterio del equipo auditor hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código Disciplinario Único” Artículo 38 (numerales 1 y 3) y Artículo 67 que a letra dice:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente (...)

(...)

3. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o perturbación injustificada de un servicio esencial, o que implique abuso indebido del cargo o función”.

(...)

ARTÍCULO 67. Faltas graves y leves. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta este prevista como falta gravísima”

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgo Institucional en el proceso de Tratamiento Penitenciario no se observa un riesgo asociado al presente hallazgo, pero ello no implica que lo enunciado sea objeto de especial revisión y análisis por parte de los responsables del proceso, evaluando sus implicaciones, gestionando lo pertinente para evitar su reincidencia.

RECOMENDACIÓN

En aras de dar claridad frente al manejo de la PPL sindicada, se recomienda que, junto con el área de Tratamiento Penitenciario del nivel central, se observe el caso y se impartan las directrices pertinentes para el manejo de la población que se encuentra bajo la ley de justicia y paz en condición de sindicada, en lo referente a su Tratamiento Penitenciario, el cuál debe ser su participación en las actividades de TEE como parte del proceso de Atención Social, evaluando los riesgos derivados del mismo, pudiendo prever situaciones negativas futuras con esta PPL.

HALLAZGO No.34

AUSENCIA DE EXAMENES MEDICOS Y DE LABORATORIO DE LA PPL QUE MANIPULAN ALIMENTOS EN EXPENDIO Y PROYECTO PRODUCTIVO PANADERIA – HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Con el ánimo de verificar que la población privada de la libertad, que actualmente presta sus servicios en el área de expendio y panadería cuentan con los debidos exámenes médicos y certificación de manipulación de alimentos, se hace la solicitud de éstos al responsable del expendio y panadería, informando que estos documentos no se tienen o no se encuentran actualizados, lo anterior es un incumplimiento a:

La Guía para la Administración de Actividades Productivas, numeral 5. Lineamientos higiénicos- sanitarios para las actividades productivas, 5.2.6.4. Recomendaciones para los manipuladores de alimentos así:

- ***Deben contar con certificados médicos y controles médicos periódicos.***
- ***Deben realizar Curso de manipulación de alimentos y tener actualizado el carné y/o certificación.***

El Acta de autoevaluación a actividades productivas que manipulan alimentos y expendios PM-AS-P19-F01 V2, Personal manipulador de alimentos, numeral 8 Reconocimiento médico así:

- “8.1 ¿Se cuenta con los certificados médicos de los manipuladores, en los cuales consta la aptitud de éstos para manipular alimentos, estos certificados tienen una vigencia máxima de un año a partir de su realización?”
- 8.2 ¿Se cuenta con resultados de laboratorio clínico y otros que sean necesarios para establecer la aptitud del manipulador?”

Lineamientos SUBDA 2022, numeral 2. Grupo de actividades productivas, sección Manipulador de alimentos, Examen Médico Ocupacional Manipulador de Alimentos:

- “Se requiere en todas las actividades productivas que manipulen alimentos. Consta de examen médico y pruebas analíticas para garantizar las óptimas condiciones de salud del trabajador con el fin de proteger la salud de los consumidores. Se realizan las siguientes pruebas:
- ***KOH: Prueba y cultivo cutáneo directo en piel o uñas para lesiones de la piel.***

Es una simple prueba cutánea para saber si el causante de una infección es un hongo.

● ***Coprológico: Examen que busca parásitos intestinales.***

● ***Frotis Faríngeo: Examen que busca infecciones en la garganta.***

● ***Orina: Examen que busca en la orina infecciones urinarias, sangre, glucosa, bacterias, entre otros”.***

Esta situación arriba mencionada, se presenta por inadecuada entrega de puesto de trabajo, adicional a falta de conocimiento sobre la normativa aplicada al proceso, lo que conlleva a que se tenga PPL manipulando alimentos sin las condiciones higiénico sanitarias idóneas requeridas, poniendo en riesgo quizá la salud de las personas consumidoras de estos productos.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgo Institucional, no se observa un riesgo asociado al presente hallazgo, sin embargo, se invita a los responsables del proceso diligenciar lo pertinente, dado a que la observación de las condiciones de salud del personal que procesa alimentos es indispensable para autorizar se inicie esta labor.

RECOMENDACIÓN

Gestionar los riesgos presentes en este hallazgo, revisando lo normado al respecto, siendo el caso sugerir se estudie la inclusión del mismo en el mapa de riesgo Institucional, esto dado a la exposición a la que son sometidas las personas que ingieren estos productos, que de no contar con controles suficientes y efectivos en las personas que los hacen, puede llegar a generarse una situación de salud pública, e incluso una sanción por la deficiencia de los mismos.

OBSERVACIÓN No.04

DEFICIENCIA EN EL PROCESO EXPENDIO RESPECTO A LO NORMADO PARA SU ADMINISTRACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Si bien se observó en el proceso de expendio que la venta hacia la población privada de la libertad se hace de una manera organizada, respecto a cada uno de los puntos de venta dispuestos en el ERON, con abastecimiento regular de todos los productos en cada uno de ellos, no se pudo verificar la lista de precios de todos los Artículos disponibles para la venta en cada sitio, lo cual incumple con lo normado en el Acuerdo No. 010 de 2004, Artículo 50, El comité tendrá las siguientes funciones, numeral 8, el cual señala:

“8. Controlar que sea fijada en lugar visible la lista de precios de todos los artículos que se expendan con destino a los sindicados y condenados, con un incremento no mayor al diez por ciento (10%) del costo de compra (independiente del sistema de administración adoptado directa o por particulares)”.

Por otra parte, se observó que se expide la factura de venta por los productos que se venden a la PPL, pero esta solo se hace en un original, lo cual incumple con lo

contemplado en el Manual Manejo de Dinero PA-GF-P025 V02, éste en su numeral 35, Actividad: Utilizar los recursos cargados al folio de la PPL (gasto) Parte 1. Descripción: relaciona una Nota, la cual menciona:

“Nota: la PPL debe adquirir únicamente por el Expendio productos, bienes y servicios; para lo cual recibe copia del comprobante de venta donde registre saldo inicial, valor compra y saldo final. El original del comprobante de venta debe registrar la huella de recibido por la PPL, documento que reposara en el archivo del expendio del ERON.”

Lo anterior puede obedecer a falta de atención en el estudio de la normativa o desconocimiento de la misma, lo cual puede acarrear para el ERON, situaciones a futuro como falta de transparencia en la venta de productos por igualdad de condiciones a toda la PPL del ERON o reclamaciones posteriores al no tener bien documentada la venta tanto para el que recibe el producto, como para establecimiento quien lo entrega.

HALLAZGO No.35

DEBILIDAD EN LA CONTABILIZACIÓN DE LOS INGRESOS EN LOS PROYECTOS PRODUCTIVOS EN EL APLICATIVO SIIF NACIÓN - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Revisada la documentación aportada por el auditado respecto a la contabilización de los ingresos y realizado el cotejo con los reportados en los estados de resultados según aplicativo activa, se evidenció que en algunos casos los ingresos no quedan debidamente contabilizados en el mes en el que se originó el hecho económico, como se muestra a continuación:

Cuadro No.07: Cotejo P&G vs Transferencia CUN

PANADERIA

MES	INGRESOS		
	Según Tranferencia CUN	Según P&G	Diferencia CUN vs P&G
sep-21	22.453.100,00	19.646.000	2.807.100,00
oct-21	20.933.600,00	23.790.700	- 2.857.100,00
nov-21	21.998.100,00	21.948.100	50.000,00
dic-21	16.042.300,00	16.042.300	-
ene-22	7.103.460,00	7.103.460	-
feb-22	4.248.290,00	4.341.390	- 93.100,00
mar-22	1.245.100,00	1.152.000	93.100,00
abr-22	12.968.730,00	12.968.730	-
may-22	20.016.250,00	20.016.250	-
jun-22	12.849.497,00	12.849.485	12,00
jul-22	12.107.340,00	12.017.341	89.999,00
ago-22	17.232.584,00	17.239.893	- 7.309,00
TOTALES	169.198.351,00	169.115.649,00	82.702,00

Fuente: Documentos área pagaduría.

Cuadro No.08: Cotejo P&G vs Transferencia CUN

GRANJA

MES	INGRESOS		
	Según Transferencia CUN	Según P&G	Diferencia CUN vs P&G
sep-21	2.411.000,00	2.411.000	-
oct-21	2.602.000,00	2.552.000	50.000,00
nov-21	1.894.000,00	1.944.000	- 50.000,00
dic-21	3.558.000,00	3.558.000	-
ene-22	648.000,00	648.000	-
feb-22	758.000,00	758.000	-
mar-22	2.992.000,00	2.992.000	-
abr-22	3.616.000,00	3.616.000	-
may-22	2.681.000,00	2.681.000	-
jun-22	2.632.000,00	2.632.000	-
jul-22	2.057.200,00	2.147.200	- 90.000,00
ago-22	8.679.870,00	8.679.870	-
TOTALES	34.529.070,00	34.619.070,00	- 90.000,00

Fuente: Documentos área pagaduría.

Como se puede apreciar los ingresos se encuentran casi que, compensados, es el caso del proyecto de panadería en los meses de septiembre-octubre-noviembre del año 2021, febrero-marzo del año 2022, similar situación ocurre en expendio y el proyecto de granja en meses distintos.

Por lo anterior, la no contabilización de los ingresos en el momento en que ocurre el hecho económico es un incumplimiento al Procedimiento Manejo de Ingresos y Otros Recursos PA-GF-P017 V01, especialmente la actividad No 2 y 37 el cual dice:

“2. Registrar causación básica del ingreso. Cada vez que sucede el hecho económico, es decir se genere una venta o se preste un servicio, se debe registrar la causación básica de acuerdo al concepto de ingreso en SIIF Nación según el proceso publicado en la página del Ministerio de Hacienda en el link...”

37. Realizar traslado de recursos. Consumo en el expendio del Establecimiento de Reclusión -adquisición de materias primas / utilización de los servicios de fotocopias / adquisición de bienes, productos y servicios de los proyectos productivos del Establecimiento de Reclusión:

Diariamente el pagador del ERON, debe generar del Aplicativo donde se administran los recursos de la PPL, el reporte de ventas, y realizar el traslado de recursos de la cuenta matriz a la cuenta recaudadora del ERON, por el medio de pago (cheque o banca virtual).
(Subrayado propio).

De modo que, ocurre por falta de coordinación entre las áreas de proyectos productivos, pagaduría y contabilidad, respecto al cierre de las actividades en el mes, de tal forma

que conjuntamente las transacciones queden en las mismas fechas para ambos aplicativos SIIF Nación y Activa; el no hacerlo genera una diferencia entre los ingresos vs el recaudo lo cual no es correcto, así se compense con posterioridad la partida.

RIESGO

En el Mapa de Riesgos Institucional, el proceso de Tratamiento Penitenciario, cuenta con un riesgo R72 asociado a este hallazgo el cual es: *“Posibilidad de afectación reputacional y económica por la inapropiada gestión de las actividades productivas, debido a la falta de personal idóneo, capacitado y suficiente, en la administración de las actividades productivas, con desconocimiento de la normatividad vigente y lineamientos para su gestión.”*

RECOMENDACIÓN

El riesgo anterior cuenta con el control 1 el cual menciona: *“La Subdirección de Desarrollo de Habilidades Productivas - Grupo de Actividades Productivas en el primer bimestre emite los lineamientos a las Direcciones Regionales que a su vez son socializados a los ERON de su jurisdicción con relación al manejo adecuado de las actividades productivas, así como la normatividad contemplada en el Acuerdo 010 de 2004, en el que se indican entre otros, perfiles profesionales para su administración. Igualmente, se cuenta con el procedimiento Creación, Fortalecimiento, Actualización y Gestión de Actividades Productivas-Administración Directa - PM-TP-P01 y con la Guía para la Administración de Actividades Productivas - PM-TP-G01, en la que se describen cada una de las responsabilidades, actividades y documentación necesaria en la gestión de las actividades productivas.”* Lo anterior expone suficiente material para gestionar adecuadamente lo enunciado en el hallazgo, por lo que se recomienda tener claridad respecto a las implicaciones de la traza contable, del resultado de la gestión del expendio y las actividades productivas, hacia el proceso financiero, ya que éstos tienen injerencia en la parte tributaria, contable, traslados a CUN y demás, por lo que se hace necesario revisar dicho control que garantice una óptima información, para las partes.

HALLAZGO No.36

DIFERENCIA EN LA BASE PARA LA LIQUIDACIÓN DE LOS GIROS REGLAMENTARIOS - HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

En revisión de las utilidades reportadas en los estados de resultados como base para la liquidación de los giros reglamentarios, se observó en los proyectos productivos una diferencia en el mes de abril, donde el valor reportado en los estados de resultados es diferente al reportado en los documentos para transferencia a Cuenta Única Nacional por valor de \$52.572,10. Respecto a la diferencia en el mes de marzo, el documento aportado no permite verificar el valor del giro reglamentario liquidado en la transferencia CUN, tal como se muestra a continuación:

Cuadro No.09: Comparativo base liquidación Giros reglamentarios P&G – Transferencia CUN

**PROYECTOS PRODUCTIVOS
PANADERIA - GRANJA**

MES	GIROS REGLAMENTARIOS / BASE LIQ.		
	Según Tranferencia CUN	Según P&G	Diferencia CUN vs P&G
sep-21	1.599.230,50	1.599.230,50	-
oct-21	2.935.083,90	2.935.083,90	-
nov-21	2.369.829,00	2.369.829,00	-
dic-21	306.390,70	306.390,70	-
ene-22	1.021.772,50	1.021.772,50	-
feb-22	486.082,10	486.082,10	-
mar-22	-	975.057,30	- 975.057,30
abr-22	4.251.680,30	4.199.108,20	52.572,10
may-22	-	4.681.678,40	- 4.681.678,40
jun-22	7.507.861,90	2.826.183,50	4.681.678,40
jul-22	1.710.462,60	1.710.462,60	-
ago-22	5.317.820,90	5.317.813,90	7,00
TOTALES	27.506.214,40	28.428.692,60	- 922.478,20

Fuente: Documentos área de pagaduría

Así mismo, se observa que los giros reglamentarios del mes de mayo no fueron transferidos en la fecha correspondiente, compensándolos con posterioridad.

Lo descrito, genera un incumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 010 de 2004, Artículo 5, párrafo que dice:

**“ARTÍCULO 5°.- Gastos de las Cajas Especiales
(...)**

PARAGRAFO: La forma de liquidar las participaciones a los Fondos Especiales serán las siguientes:

- a) **El treinta por ciento (30%) de los ingresos corrientes y otros ingresos, ... y**
- b) **El treinta por ciento (30%) de las utilidades netas transferidas a caja especial, originadas en la operación de los expendios y proyectos productivos”.**

Esta situación, puede ocasionarse por premura u olvido al momento de diligenciar la documentación respectiva para traslado de los recursos, ocasionando una falla en el compromiso hacia los fondos especiales, cuyo objetivo está encaminado en la reinversión hacia los mismos proyectos.

RIESGO

En el Mapa de Riesgo Institucional, no se observa un riesgo propiamente asociado al presente hallazgo, siendo importante se evalúe los riesgos presentes en éste.

RECOMENDACIÓN

Siendo los ingresos la base para diferentes hechos transaccionales, y los cuales tienen unas fechas de cumplimiento establecidas, se recomienda se tenga en cuenta la normativa existente al respecto, adoptando los correctivos pertinentes para que dicha situación, esté debidamente controlada y no se vuelva a presentar.

PROCESO ATENCIÓN SOCIAL

HALLAZGO No.37

INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PARA ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA A LA PPL – HALLAZGO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

En revisión a la adecuada diligencia prestada al servicio de salud intramural en el establecimiento, se hizo chequeo a la documentación que soporta el proceso de asignación de citas tanto médicas como odontológicas para la Población Privada de la Libertad, donde se pudo evidenciar que:

- No se cuenta con cronograma de atención en salud, publicado en lugar visible en el área de sanidad o en patios.
- El formato de listado de PPL que se elabora para aquellos que solicitan atención en salud, no cuenta con el lleno de la información requerida, ni identificación del servicio en salud a recibir, así como el formato de Atención médica u odontológica.
- Ambos formatos no cuentan con las firmas respectivas, y éstos son diligenciados por el operador de salud y no por el funcionario responsable del INPEC como lo determina el procedimiento, en la parte correspondiente.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive “AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022.” – subcarpetas - Hallazgos – Proceso atención social.

Se evidencia que se presta el servicio de salud intramural tanto médico como odontológico, sin embargo, los registros de calidad con los que cuenta el ERON respecto al trabajo en salud, no están siendo debidamente diligenciados, incumpliendo con lo normado en el Procedimiento Atención en Salud PM-AS-P03-V04, en sus numerales 2,3, 5,6, y 10 que menciona:

“2. Elaborar cronograma. Descripción: El responsable designado elaborará cronograma de atención por patio de acuerdo a los días del mes y deberá fijarlo en el área de sanidad y en lugar visible en los patios para que la PPL tengan conocimiento cuales son las fechas que corresponde a cada patio. Adicionalmente, se debe incluir los días para los programas de promoción y prevención. Punto de Control: Cronograma”

3. Tramitar citas intramurales. Descripción: En el listado se deben incluir los privados de la libertad que soliciten atención en salud; si el PPL pertenece al régimen contributivo se recibe la solicitud, se consulta las bases de datos para identificar la administradora del plan de beneficios responsable se dar cobertura en salud y se continúa con el procedimiento. ... Punto de Control: Listado de PPL

(...)

5. Elaborar listados de PPL diario. Descripción: Elaborar listado de PPL que solicitan atención médica, odontológica y otras incluyendo las atenciones solicitadas por tutelas o por Entes de Control y los referidos en el examen de ingreso... Punto de Control: Formato de Atención médica diligenciado.

6. Firmar el Listado de PPL definitivo a atender. Descripción: Hacer firmar el Formato de Atención médica por el Director del establecimiento y el Comando de Vigilancia. Punto de Control: Formato de Atención (...)

(...)

10. Prestar servicio de salud. Descripción: Durante la atención el profesional de salud de la UPA deberá complementar el diligenciamiento del formato de Atención médica en el espacio correspondiente a la IPS. Punto de Control: Formato de Atención médica diligenciado". (Subrayado propio)

Lo antes mencionado se presenta quizá por deficiencia en el conocimiento de la norma existente, por premura del tiempo ante el número de PPL a ser atendida, generando esto que no se tenga un idóneo control sobre la población efectivamente atendida por día, ni el cubrimiento eficiente de la atención en salud hacia toda la población privada de la libertad.

RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgo Institucional, se observa un riesgo asociado al presente hallazgo R34, el cual es: "Posibilidad de afectación reputacional y económica por la disminución del acceso a la PPL a los servicios de salud intramural, consulta de medicina y odontología general, debido a procedimientos previos, talento humano y parámetros de seguridad propios del régimen interno del ERON"

RECOMENDACION

Si bien existe el control 1 a este riesgo que dice: "El grupo servicios de salud de la Subdirección de Atención en Salud realiza seguimiento mensual y análisis de la matriz de acceso a servicios de salud intramural." Es importante revisar la calidad de la documentación que da origen al seguimiento, y por tanto su adecuada diligencia siendo necesario adoptar nuevos controles tanto para el ERON, como hacia el prestador del servicio de salud, para así entre los dos se pueda certificar la real atención médica y odontológica prestada a la PPL

HALLAZGO No.38

INADECUADO CONTROL EN LOS INVENTARIOS DEL EJE PRESTACIONAL, KIT DE ASEO Y ELEMENTOS DE CAMA - HALLAZGO ADMINISTRATIVO, CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Para la verificación del adecuado control al eje prestacional, se realizó entrevista con los responsables del área de Atención Social y Tratamiento Penitenciario, concluyendo lo siguiente:

- La contratación para la adquisición de estos insumos: kit de aseo y elementos de cama (sábana, sobre sábana y almohada), es realizada por el área encargada, siendo la supervisora del contrato la responsable de Atención y Tratamiento y junto con el área de almacén (quien da ingreso y salida en el aplicativo PCT de los bienes), revisan y confirman el recibido de los insumos, quedando el manejo y la disposición final de los bienes, en custodia de la persona responsable de atención y tratamiento, quien debe realizar el almacenaje a dichos insumos. Por otra parte, el control adoptado para el manejo del inventario es informal (hojas de papel) donde se registran las cantidades entrantes, salientes y el saldo, allí solo se observa el registro de la última contratación efectuada.

- El área de Atención Social, en razón a su necesidad de entrega de kit de aseo y elementos de cama a la Población Privada de la Libertad por: altas, diagnóstico de necesidad en el mes y entregas masivas periódicas, hace las respectivas solicitudes al área de Atención y Tratamiento para que le sean provistos los insumos, los cuales son almacenados en esta área a excepción de las entregas masivas, que se trasladan a la PPL de inmediato y para el inventario que reposa en este lugar, no se tiene un control de sus existencias, adicional este se almacena en el baño donde accede al mismo todo el personal del área; no se encuentra bajo llave, donde solo la responsable tenga el acceso.

Se procede a realizar inspección física de los elementos en las bodegas respectivas, encontrando lo siguiente:

Los lugares asignados al área de Atención y Tratamiento para la custodia de estos bienes, no son idóneos para la conservación de los mismos, toda vez que se observó humedad, los cuartos no cuentan con candados para uso exclusivo del área responsable, la llave de acceso al lugar está disponible en el lugar de guardia (pabellón de mediana seguridad). También se aporta como control al inventario, documentos que no registran un riguroso y adecuado manejo para este.

Las anteriores situaciones se pueden visualizar en los papeles de trabajo de la carpeta drive "AUDITORIA CPAMSPA - La Paz -2022." – subcarpetas - Hallazgos – Proceso atención social.

Lo anteriormente expuesto denota una deficiencia en la custodia, preservación y control de estos bienes que, al ser de consumo por la Población Privada de la Libertad, deben estar bajo la aplicabilidad de las normas Institucionales, independientemente del área que los maneje, dado a que si bien en cierto el área de almacén registra el ingreso y salida del 100% de los bienes, hacia el área de Atención y Tratamiento, es ésta última la que debe garantizar la disposición del bien hasta su agotamiento, puesto que los mismos se entregan de forma constante durante la vigencia, máxime al ser un rubro tan oneroso; faltando así a los lineamientos:

-Manual de Manejo de Bienes PA-LA-M02 V2, aparte del numeral 1.3. Recibir los Bienes, que dice:

“Una vez recibidos los elementos, se procederá a su organización dentro de las instalaciones de la bodega, la cual deberá realizarse de acuerdo con la naturaleza y característica de los bienes, la necesidad de garantizar seguridad, preservar del deterioro o contaminación y por la necesidad de permitir rapidez y agilidad en las entregas. El ordenamiento deberá hacerse en lugares accesibles y correctamente identificados... que permitan un correcto control y manejo.” Subrayado propio

-Procedimiento Control de Inventarios PA-LA-P01 V2, en su numeral 1. Objetivo:

“Establecer las actividades que permitan realizar un adecuado inventario físico de los bienes existentes de la entidad con el objetivo de contar con una información real oportuna y confiable, (...)” Subrayado propio

Lo descrito anteriormente ocurre por falta de conocimiento y debilidad en la aplicación de los procedimientos mencionados por quien tiene el manejo de estos bienes; ocasionando una posible pérdida de elementos tanto por sustracción, como por deterioro.

En consecuencia, se presume una incidencia disciplinaria, en el entendido que, a consideración del equipo auditor, hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados en el numeral 1° del Artículo 38 en concordancia con el Artículo 67, enunciados en la Ley 1952 de 2019 “Código General Disciplinario”, que citan lo siguiente:

“ARTÍCULO 38. DEBERES. Son deberes de todo servidor público:

1º.Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente (...)

ARTÍCULO 67. FALTAS GRAVES Y LEVES. Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la exlimitación de las funciones, o la incursión en prohibiciones, salvo que la conducta esté prevista como falta gravísima.”

RIESGO

Dentro del Mapa de Riesgo Institucional y en el proceso de Atención Social no existe un riesgo asociado propiamente respecto al presente hallazgo, sin embargo y entendiendo que éste va enfocado respecto al manejo del bien; el proceso de logística y abastecimiento en sus riesgos de corrupción, tiene identificado el R82: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros a cambio de utilizar de manera indebida los bienes del instituto”

RECOMENDACIÓN

El riesgo anterior cuenta con el control 2 que dice: “Los grupos de: administración de Bienes Muebles, Armamento e intendencia, vehículos, logístico, seguros. DIREG /ERON /EPN, elaboran actividades de concientización para buen uso de los bienes, muebles e inmuebles a cargo del instituto a nivel nacional, desarrollando acciones de sensibilización semestral a los servidores penitenciarios en temas de buenas prácticas, normatividad y procedimientos, empleando los canales de comunicación institucional con el apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones.” y el control 3 menciona: “Los grupos de: administración de Bienes Muebles, Armamento e intendencia, vehículos, logístico, seguros. DIREG /ERON /EPN, realizan seguimiento al resultado de tomas físicas de inventarios.” Dado a que el proceso de Atención Social no cuenta con un riesgo como tal asociado a la práctica actual sobre el manejo de estos bienes, es preciso adoptar el establecido por el proceso de logística y abastecimiento, o en su defecto evaluar controles propios para el área, teniendo el control de este inventario, así como definir lineamientos para el mismo, ya que a la fecha no se tiene claridad y por tanto se observa ausencia de control, manejo inadecuado y desconocimiento de las verdaderas existencias de estos bienes.

10. Plan de Mejoramiento

De acuerdo al procedimiento una vez se haga entrega del presente informe definitivo en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles se realizará un ejercicio de capacitación en la construcción de planes de mejoramiento por parte del equipo auditor, con el fin de facilitar la elaboración de dicho documento para cada uno de los hallazgos identificados dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de este informe de auditoría, y remitirlo en el formato que la oficina asesora de planeación dispuso para tal fin, una vez sea revisado por la Oficina de Control Interno, este se enviará vía correo electrónico para que se hagan los ajustes a que haya lugar.

En un término no mayor a cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la retroalimentación y en caso de no tener que hacer ajustes la Oficina de Control Interno informará y avalará el Plan de Mejoramiento.

Una vez avalado el Plan de Mejoramiento, la Oficina de Control Interno procederá a incluir los hallazgos en el módulo de mejoramiento del aplicativo de ISOLUCION, para que posteriormente el responsable del cumplimiento del Plan de Mejoramiento por parte del establecimiento incorpore el análisis de causas y las actividades de mejora.

11. Responsables



OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO
Jefe Oficina de Control Interno (e)

12. Distribución del informe	
Nombre y Cargo	Fecha
Teniente Coronel Daniel Fernando Gutiérrez Rojas Director General (e)	Febrero de 2023
Dra. Ana Sofía Idalgo Alvarado Directora CPAMSPA La Paz	
Dra. Imelda López Solórzano Directora Regional Noroeste	
Coronel (R) Herney Moreno Velandia Oficina de Control Interno Disciplinario	