

8150-OFICI-No.

Bogotá D.C.,

Doctor

JUAN MANUEL RIAÑO VARGAS

Jefe de la Oficina Asesora de Planeación

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC

Ciudad

Asunto: Informe definitivo de Auditoria Interna – Oficina Asesora de Planeación.

Respetado Doctor:

De manera atenta remito respuesta sobre el informe del asunto, frente a cada una de las observaciones presentadas en el Oficio 8110-OFPLA-000420 del 22 de julio de 2015, se muestran a continuación los criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas correspondientes:

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
1	3.1.1 manual de la calidad	<p><i>“No es clara la justificación por la cual se declara inválida la exclusión del numeral 7.5.2 de la norma NTCGP 1000”</i></p>	<p>Criterio: numeral 7.5.2 de la norma NTCGP 1000: <u>“la entidad debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos y/o servicios resultantes no puedan verificarse mediante seguimiento medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté en uso o se haya prestado el servicio”</u> (subrayado fuera de texto).</p> <p>Aclaración: Para la prestación de un servicio se requiere la participación del cliente, es decir que las posibles deficiencias solo aparecen después de que este es prestado. Por tal razón, previamente a la prestación del servicio no se puede hacer verificación de las condiciones reales en que el servicio será entregado.</p> <p>Es decir que la afirmación: <u>“Los servicios ofrecidos por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, son verificados y evaluados durante cualquier etapa del</u></p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			proceso ", es una acción que no asegura la prestación de un servicio sin deficiencias, por tal motivo se requiere una validación del mismo.
2	3.1.1 manual de la calidad	<i>"Por Resolución No. 456A del 21 de Noviembre del 2014, anuló el procedimiento PA 11-001-07 V05 "Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad"</i>	Criterio: El manual de la calidad vigente referencia el procedimiento PA 11-001-07 V05 "Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad". Conclusiones: a) Se realizan ajustes al informe definitivo al referir el procedimiento "Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad". b) El Manual de la Calidad se encuentra desactualizado.
3	3.1.1 manual de la calidad	<i>El procedimiento PA 12-001-06 "Realización de auditorías internas del SGC", asociado al proceso de control interno, si se encuentra disponible en la ruta virtual de la calidad</i>	Criterio: numeral 8.2.2 de la norma NTCGP 1000 " La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de gestión de la calidad: a) Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva" Conclusiones: a) Se ajusta en el informe al momento de referenciar el procedimiento PA 12-001-06. b) No se evidenció registros de auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.
4	3.1.5 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>Igual que en el numeral 2 y 3 de esta tabla</i>	Igual que en el numeral 2 y 3 de esta tabla
5	3.1.6 Control de documentos	<i>Igual que en el numeral 2 de esta tabla</i>	Igual que en el numeral 2 de esta tabla
6	3.1.9 Representante de la dirección	<i>Sin observación</i>	Criterios: a) Norma NTCGP 1000, numeral 5.5.2 "Representante de la dirección", " La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya... " b) La Resolución 2389 de 2012, en su artículo

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			<p>4, estableció: <i>“DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL: Designar como representante de la Dirección General para los procesos de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2009 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 al <u>Jefe de la Oficina de Planeación</u>, (subrayado fuera de texto).</i></p> <p>c) <i>“Adicionalmente el párrafo de este artículo menciona: “El rol que asumirá el <u>funcionario directivo</u> de primer nivel aquí designado será el de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias para la implementación, desarrollo y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión pública adoptados por la entidad de acuerdo con las políticas establecidas por la Dirección General”, (subrayado fuera de texto).</i></p> <p>Conclusión: El párrafo del artículo 8 de la Resolución 2389 de 2012 menciona que el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es un <i>“funcionario directivo”</i>, lo cual es erróneo, por lo tanto es pertinente ajustar esta resolución.</p>
7	3.1.10 Revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>Igual que en el numeral 3 de esta tabla</i>	Igual que en el numeral 3 de esta tabla
8	3.1.10 Revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>“Sobre la afirmación realizada al equipo auditor, consideramos que no se puede concluir en la no existencia del mismo, hasta que la totalidad de las personas no se encuentren vinculadas al INPEC, mientras la persona se encuentra vinculada debe</i>	<p>Criterio: Resolución 2389 de 2012, <i>“ARTÍCULO 19. EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS MECI - CALIDAD. <u>El Representante de la Dirección General para los procesos de implementación del Sistema de Gestión de Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno, designará el equipo auditor, el cual estará integrado por los funcionarios públicos que se hayan capacitado, que cumplan los perfiles y requerimientos establecidos en la misma Norma Técnica NTCGP 1000:2009 para desempeñar dichas funciones</u>”, (subrayado fuera de texto).</i></p> <p>Conclusiones: a) Se acepta la observación b) No se evidencia cumplimiento del rol del</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>cumplir con el rol, hasta la fecha de desvinculación</i>	equipo auditor, capacitado en el año 2011, dado que no se encontraron registros de auditorías internas al sistema de gestión de la calidad de acuerdo con el numeral 8.2.2 de la norma NTCGP 1000.
9	3.1.10 Revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>“La presentación de Revisión por la Dirección, representa un avance y borrador de la información que sería presentada en la revisión por la Dirección... se sugiere revisar las conclusiones realizadas sobre el documento que no representa la versión final del mismo”</i>	<p>Criterio: numeral 5.6.1 “generalidades” de la norma NTCGP 1000, que establece: <u>“la alta dirección debe revisar el sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad”</u>, (subrayado fuera de texto)</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se acepta la observación b) Se excluyen del informe referencias a documentos que no se encuentren en versión final. c) No se evidenció registros de revisiones por la dirección al sistema de gestión de la calidad en los últimos tres años.
10	3.1.10 Revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>“Es pertinente mencionar que la observación no es del todo clara y la contextualización de la función descrita en el numeral 2° del artículo 9° del Decreto 4151 de 2011, está también concebida sobre el reporte del avance de los planes institucionales como lo es el Plan de acción...”</i>	<p>Criterio: numeral 5.5.2 “Representante de la dirección”, literal b) de la norma NTCGP 1000: <u>“informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora”</u>.</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se acepta la observación en el sentido de referenciar un criterio general. b) En lugar del requisito del Decreto 4151, se establece la referencia al requisito numeral 5.5.2 de la norma NTCGP 1000, por ser más específico. c) No se evidenció que el representante de la dirección haya informado a la dirección el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.
11	3.1.11 Funcionalidad del Sistema de Gestión de la Calidad	<i>“...la entidad si maneja una operación por procesos, constituida por el mapa de procesos</i>	<p>Criterio: El Decreto 4110 de 2004, <u>“Artículo 5º. Funcionalidad. El sistema debe permitir: b) Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas;</u></p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<p><i>aprobado mediante la Resolución No. 4142 de 2014, así mismo no es pertinente inferir de que el alto número de quejas registradas en la vigencia 2012-2013 se deba a la operación del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC...”</i></p>	<p>Conclusiones:</p> <p>a) Se acepta la observación, en el sentido falta de información para la inferencia realizada y el criterio tomado.</p> <p>b) No se evidencia control de los procesos, dado que frente a la generación de un alto volumen de reclamos frente a los servicios de la entidad no se registran acciones de mejoramiento que haya permitido evaluar los controles documentados para replantearlos en razón a su efectividad.</p> <p>c) No es pertinente afirmar que por la elaboración de un mapa de procesos y sus caracterizaciones la entidad opere por procesos, (ver numeral 3.3.2.2 del informe preliminar y numeral 1.1 de la Norma NTCGP 1000, nota 3).</p>
12	3.2.1 equipo operativo calidad - MECI	Sin observación	No aplica
13	3.2.2 Equipo de auditores interno MECI Calidad	Sin observación	No aplica
14	3.3.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos	<p>Sin observación.</p> <p><i>Se aportan evidencias relacionadas con actividades de la gestión ética realizadas entre el 17 de marzo y el 6 de julio de 2015.</i></p>	<p>Conclusiones:</p> <p>a) Las evidencias aportadas dan cuenta de actividades realizadas en el año 2015, mientras que el periodo evaluado en el informe fue el año 2013 y 2014.</p> <p>b) Se mantiene lo señalado en el informe preliminar.</p>
15	3.3.1.2 Desarrollo del Talento Humano	<p><i>“El contenido de las observaciones y conclusiones no fue debatido en la entrevistas realizadas entre el 14 y el 27 de abril y que por competencia y desconocimiento desde la Oficina Asesora de Planeación no se puede afirmar o debatir las razones y causas de las</i></p>	<p>Criterio: Ley 87 de 1993, artículo 4: “Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad <u>bajo la responsabilidad de sus directivos</u> debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:”, y entre otros cita: “...d. <u>Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad...</u> k. <u>Establecimiento de programas de inducción, capacitación y actualización de directivos y demás personal de la entidad</u>”.</p> <p>Aclaración: Hay diferentes mecanismos de auditoria (ver anexo B, Norma ISO 19011), como son: entrevistas, listas de verificación,</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>evidencias registradas en el contenido del componente”</i>	revisión documental, muestreo y observación, entre otros. Conclusiones: a) En la gestión por procesos, los procesos estratégicos incluyen revisiones por la dirección, es decir el proceso de Planificación institucional al ser de tipo estratégico debe conocer la responsabilidad legal de los directivos del INPEC. b) La transversalidad de los procesos y la gestión ética del instituto, a través de las inducciones, capacitaciones y actualizaciones, no deberían ser desconocidas por la Oficina Asesora de Planeación, teniendo en cuenta que el jefe de esta oficina es el Secretario del Comité de Ética y de Buen Gobierno y que este comité tiene la función de: “Promover la realización de acciones formativas y comunicativas en torno a las prácticas éticas en las diferentes dependencias de la entidad” (ver numeral 11 del artículo 3 de la Resolución 006082 del 31 de diciembre de 2012).
16	3.3.1.2 Desarrollo del Talento Humano	<i>“Se solicita sea excluido del informe de auditoría y se dé traslado a los procesos de Talento Humano y Gestión del Conocimiento Institucional, con el fin de que brinden las respectivas explicaciones y justificaciones que se requieran desde las instancias competentes</i>	Conclusiones: a) La solicitud presentada implica que el INPEC operación por funciones y no por procesos. b) En una operación por procesos es claro que la transversalidad en especial en los procesos de apoyo atañen a todas las dependencias del INPEC. c) La Oficina de Planeación tuvo 14 días hábiles para mancomunadamente con los responsables del componente trabajar en las observaciones al informe preliminar de auditoría, teniendo en cuenta la gestión por procesos. Respuesta: No se excluye del informe de auditoría el componente de talento humano, ni se da traslado a las dependencias citadas, en concordancia con las conclusiones anteriores.
17	3.3.2.1.1 Plan de direccionamiento Estratégico del INPEC 2011-2014	Sin observación <i>Se aportan evidencias relacionadas con actividades del plan</i>	Conclusiones: a) Las evidencias aportadas dan cuenta de actividades realizadas en el año 2015, mientras que el periodo evaluado en el informe fue el año 2013 y 2014. b) Se mantiene lo señalado en el informe

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>de direccionamiento para el periodo 2015-2018</i>	preliminar.
18	3.3.2.1.3 Plan de Acción o Plan Operativo Anual	<i>Sin observación</i>	No aplica
19	3.3.2.1.1 Proyectos de inversión	<i>Sin observación</i> <i>Se aportan evidencias de fecha 9 de julio de 2015</i>	Conclusiones: a) Las evidencias aportadas dan cuenta de actividades realizadas con posterioridad a las entrevistas de auditoría interna. b) Se mantiene lo señalado en el informe preliminar.
20	3.3.2.4 Indicadores de gestión	<i>“La Oficina Asesora de Planeación se encuentra en revisión, verificación y actualización con los dueños de los procesos, para así dar inicio al seguimiento de los mismos”.</i>	Conclusiones: a) Se evidencia que el sistema no realiza seguimiento a los indicadores de las matrices de cada proceso, publicadas en la Ruta Virtual de la Calidad. b) No existe gestión de cambios al sistema de gestión de la calidad en el entendido que la revisión de los indicadores vigentes, no puede ser pretexto para dejarlos de medir hasta tanto no sean reemplazados por otros.
21	3.3.2.4 Indicadores de gestión	<i>Se aporta evidencia del seguimiento a los indicadores del Plan de Acción indicando que a través de estos se determinará el cumplimiento de los procesos en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.</i>	Criterio: El numeral 8.2.3 “seguimiento y medición de los procesos” de la Norma NTCGP 1000, establece: “los métodos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas , y los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas u otros medios con los que se cuente” Conclusiones: a) No se evidencia que los mecanismos existentes para el seguimiento y medición de los procesos (matrices de indicadores e indicadores del plan de acción) se hayan armonizado para facilitar el seguimiento por parte de los clientes y partes interesadas . b) No se evidencia registros que den cuenta del desempeño del sistema de gestión de la calidad, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad (ver numeral 5.6.1 de la Norma NTCGP 1000).
22	3.3.2.6 Políticas de administración de riesgos	<i>Se da cuenta de actividades posteriores a la</i>	No aplica

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>auditoria interna</i>	
23	3.3.5.6.1 Riesgos de gestión	<i>Sin observaciones</i>	No aplica
24	3.3.2.6.2 Riesgo de corrupción	<p><i>“Hago resaltar que esta jefatura, firmó acta de inicio del contrato de prestación de servicios No. 036 de 2015, con el firme convencimiento de la delegación, y no se hizo el correctivo en su debido momento, debido a que la documentación ya se encontraba en la Subdirección de gestión Contractual, y el contratista ya había iniciado actividades... ...cabe señalar que el acta de inicio fue firmada una vez se verificó que fue expedido el registro presupuestal y aprobada la póliza para el contrato 036 de 2014”</i></p>	<p>Criterios:</p> <p>a) Cláusula décima tercera del contrato 036 de 2014: <i>“SUPERVISIÓN. la supervisión del presente contrato será ejercida por el Director General del INPEC o quien este designe por escrito”, (Subrayado fuera de texto).</i></p> <p>b) párrafo segundo Cláusula décima tercera del contrato 036 de 2014: <i>“Si se requiere el cambio del supervisor por cualquier razón, el competente contractual lo podrá realizar en cualquier momento sin necesidad del acuerdo con el CONTRATISTA, ya que esto es una potestad administrativa interna del INPEC, para lo cual solo bastará con elevarlo por escrito, anexarlo al expediente del contrato y comunicarlo al contratista. El saliente supervisor deberá dejar informe DETALLADO del estado en que se encuentre la ejecución del contrato, (subrayado fuera de texto).</i></p> <p>Aclaración: el contrato revisado es de la vigencia 2014 y no del año 2015 como lo escribe el auditado en su observación.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) Se acepta la observación en el sentido de que no se incumple el numeral 4 de la cláusula décimo tercera, del contrato de prestación de servicios 036 de 2014.</p> <p>b) Se evidencia incumplimiento en la cláusula décimo tercera del contrato de prestación de servicios 036 de 2014, porque a pesar de que se señala en la observación del auditado “un firme convencimiento de la delegación” esta debió hacerse por ESCRITO, previamente al ejercicio de supervisor del contrato. De acuerdo con lo señalado en la referida cláusula, el 17 de enero de 2014 el supervisor del contrato 036 de 2014, era el Director General del INPEC, y no el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>c) Se evidencia incumplimiento del párrafo segundo de la cláusula décimo tercera, porque entre la suscripción del acta de</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			<p>inicio y la fecha de delegación de la supervisión del contrato, transcurrieron 11 días, sin embargo en el expediente del contrato no se encontró informe detallado del estado de ejecución del contrato presentado por el saliente supervisor (Director General).</p>
25	3.3.2.6.2 Riesgo de corrupción	<p>“Respecto a la inhabilidad de un ex funcionario que haya sido Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, me permito informarle que el cargo de este empleo está ubicado en el Nivel Asesor Código 1045 Grado 11, no en el Nivel Directivo...”</p>	<p>Aclaración: De acuerdo con la consulta extendida al DAFP, el cargo Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es del Nivel Asesor, por lo tanto no le aplican las inhabilidades contempladas en la Ley 1474 de 2011.</p> <p>Criterio: numeral 2° del artículo 8 de la Ley 80 de 1993: <u>“Tampoco podrán participar en licitaciones o concursos ni celebrar contratos estatales con la entidad respectiva:”</u></p> <p><i>La expresión “Concurso” fue derogada por el art. 32 de la Ley 1150 de 2007.</i></p> <p>a. Quienes fueron miembros de la junta o consejo directivo o servidores públicos de la entidad contratante. <u>Esta incompatibilidad sólo comprende a quienes desempeñaron funciones en los niveles directivo, asesor o ejecutivo y se extiende por el término de un (1) año, contado a partir de la fecha del retiro”</u>, (subrayado fuera de texto).</p> <p>Conclusión: Mediante Resolución No. 005716 del 17 de diciembre de 2012, el Señor VICTOR MANUEL TIQUE, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.417.820 de Bogotá, fue encargado de la jefatura de la OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, Código 1045 Grado: 11, encargo que desempeño hasta el día 6 de marzo de 2013, cargo del nivel asesor, según se desprende de la estructura funcional del INPEC y del Manual de Funciones y Competencias, es decir que por el término de un año, le era aplicable la incompatibilidad señalada en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993.</p> <p>No obstante lo anterior, el señor TIQUE, suscribió con el INPEC contrato de prestación de servicios No. 36 el 17 de enero de 2014, estando en incompatibilidad, para suscribirlo.</p>
26	3.3.4 Planes de mejoramiento	<p>“Se puede afirmar que se realizó el registro de las acciones de mejora</p>	<p>Criterio: Procedimiento “PA 11-002-01 Control de Acciones Preventivas y Correctivas” actividad 5 “...En el desarrollo de esta actividad se diligencian progresivamente las secciones 1,</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<p>para cada uno de los hallazgos correspondientes a la Oficina Asesora de Planeación en el formato OP11-115-01 "reporte de acciones correctivas y preventivas..."</p> <p>Se anexa CD con carpeta que contiene registro en formato OP 11-115-01 V01</p>	<p>2 y 3 del formato Reporte de acciones correctivas y preventivas OP 11-115-01. Responsable: "<u>Jefe de área con mayor responsabilidad en la acción correctiva o preventiva</u>", (subrayado fuera de texto)</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) Se evidencia una operación por funciones porque según lo reportado la información solicitada era de conocimiento de la funcionaria Maritza Niño y no del proceso de Planificación Institucional.</p> <p>b) Los números de los hallazgos de la CGR, solicitados en la entrevista de auditoria fueron 1, 4, 9, 25, 35, 36 y 112, correspondientes al proceso de "Direccionamiento Estratégico", según matriz "planes de mejoramiento 2005-2012 por proceso" enviada por correo electrónico a la OCI.</p> <p>c) Los registros electrónicos de planes de mejoramiento allegados a la OCI corresponden a los hallazgos: 9, 57, 58, 64, 65, 76, 79 y 88, del proceso de "Planificación Institucional", firmados por la funcionaria Maritza Niño.</p> <p>d) No se evidencia un análisis de hallazgos por parte del respectivo responsable como lo establece el procedimiento PA 11-002-01, dado que según los registros allegados se realizó análisis de hallazgos tan solo por una funcionaria, sin la participación del responsable asignado en el procedimiento.</p> <p>e) Se ratifica lo señalado en el informe, con excepción del hallazgo número 9.</p>
27	3.4.1 Fase de conocimiento	<i>Sin observación</i>	No aplica
28	3.4.2 Fase de Diagnóstico	<i>Sin observación</i>	No aplica
29	3.4.3 Fase de Planeación	<i>Sin observación</i>	No aplica
30	3.5 Modelo Integrado de Planeación y Gestión	<i>Sin observación</i>	No aplica
31	3.5.1 Transparencia y acceso a la información pública	<i>"Es pertinente aclarar que el registro de las hojas de vida en el SIGEP es un proceso diferente al</i>	Respuesta: Atendiendo la observación del auditado, se solicitó a la Subdirección de Talento Humano la verificación del registro de las hojas de vida, la cual confirmó que la muestra de hojas de vida revisada en el proceso de auditoría, cuenta con registro en el SIGEP.

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<p><i>de la inclusión en el Directorio SIGEP, se sugiere solicitar a la Subdirección de Talento Humano verificar la existencia del registro de hojas de vida en el sistema SIGEP, ya que los servidores de la Oficina Asesora de Planeación confirman su registro en el mencionado sistema”</i></p>	<p>Conclusión: se ajusta el informe de acuerdo con la información aportada por la Subdirección de Talento Humano.</p>
32	3.5.2 Rendición de cuentas a la ciudadanía	<p><i>“...el Director del INPEC había expedido la Directiva No. 03 de 2013 “Rendición de Cuentas en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario” en el que están los lineamientos y responsabilidades para desarrollar la actividad, razón por la cual se aplicó la Citada Directiva, sin que se hiciera necesario expedir una nueva Directiva, sin embargo hay que resaltar que la acción estaba orientada a determinar las responsabilidades en el Nivel Central, Regional y ERON, con pautas y lineamientos para cumplir la Rendición de Cuentas, por tal razón aplicando la</i></p>	<p>Criterio: “Plan anticorrupción y de atención al ciudadano INPEC 2014”, componente “Rendición de cuentas”, línea de acción “Transparencia en la gestión institucional”, meta de producto 1: “Elaborar Directiva Transitoria con responsabilidades y lineamientos para el nivel central, regional y en ERON para la rendición de cuentas.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) En el año 2014, se planeó sin el suficiente análisis la actividad citada, dado que ya existía directiva del año 2013 con el mismo propósito.</p> <p>b) Es impreciso indicar que la actividad de la meta de producto 1, del PLANTIC 2014, se cumplió al 100%, porque fue realizada en el año 2013, hay que tener en cuenta que un plan según la RAE es: “Modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora <u>anticipadamente para dirigirla y encauzarla</u>”, (subrayado fuera de texto).</p> <p>c) No se evidencia registros de la gestión de cambios (reprogramación, reformulación o replanteo) de los planes del instituto.</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>Directiva 03 de 2013, se le dio un cumplimiento del 100%.</i>	
33	3.5.2 Rendición de cuentas a la ciudadanía	<i>“a fin de realizar la retroalimentación de la Rendición de cuentas vigencia 2013 realizada el 02 de octubre de 2014, para lo cual previamente, el Grupo de Planeación Estratégica evaluó el desarrollo del evento (anexo copia informal en 5 folios), preparando información para el comité”.</i>	<p>Criterio: Directiva 03 de 2013, asigna en su numeral 9.5.4, al Grupo de Planeación Estratégica de la Oficina Asesora de Planeación, la responsabilidad:: “Elabora el acta de la audiencia pública de rendición de cuentas del señor Director General y la publica en la página web del instituto”</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) De acuerdo con la observación del auditado (No 9 de esta tabla), solo se tienen en cuenta evidencias en versión final, por lo tanto la copia informal anexa no se tuvo en cuenta. b) Se mantiene lo señalado en el informe.
34	3.5.3 Racionalización de trámites	<i>Sin observación</i>	No aplica
35	3.6.1 Acuerdos de Gestión	<i>Sin observación</i>	No aplica
36	3.6.2 Software ISOLUCIÓN	<i>“Error por violación indirecta de la Ley sustancial como consecuencia de error de hecho manifiesto y trascendente en la apreciación de una determinada prueba”</i>	<p>Criterio: Expedientes de Contratos 204 de 2011 y 30 de 2012.</p> <p>Revisión detallada de evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entre los compromisos del “acta de cierre” del proyecto del 7 de diciembre de 2012, quedo estipulada la reinstalación del software por parte de la empresa ISOLUCIÓN, dado que el INPEC tenía previsto adquirir un servidor, por lo tanto es erróneo afirmar: “...el jefe de la Oficina Asesora de Planeación, llega a un acuerdo con la empresa ISOLución para proceder a realizar la reinstalación del software...” puesto que según correo electrónico de Liliana Ulloa, Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, indicó el compromiso de reinstalación plasmado en el acta de cierre. b) Se encontró en el expediente del Contrato 30 de 2012, documento denominado “Acta N° 1 entrega de elementos puesto de trabajo y archivo de computador contrato 21 de 2012, Luz Ángela Chitiva Rincón”, (folios 152

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			<p>a 167) del 14 de diciembre de 2012, el cual no cuenta con las firmas correspondientes, por lo cual no puede considerarse un acta real y carece de validez.</p> <p>c) El acta de la visita del día 27 de septiembre de 2013, para la reinstalación del software ISOLUCIÓN®, da cuenta de la no realización de la reinstalación por inconvenientes técnicos y además en el punto 4 de desarrollo de la reunión: <i>“Se informa de lo presentado al personal encargado de planeación del Inpec, y solicitan que el sitio quede con las plantillas y mapa que ellos había elegido <u>adicionalmente informan que durante el tiempo que tuvieron la herramienta no se le dio uso puesto que estaban en capacitaciones y se hacían sobre el sitio de pruebas por tal motivo no había mucha información para salvar en el sitio de producción, únicamente solicitan que se conserven los usuarios de producción en la base de datos</u>”</i>, (subrayado fuera de texto). Por lo tanto es erróneo afirmar que: <i>“la reinstalación del software se confirmó mediante correo electrónico de fecha 27 de agosto de 2013...”</i>, teniendo en cuenta que según el expediente del Contrato 30 de 2012, el 27 de septiembre de 2012 fue suspendida la instalación por no contarse con la instalación del cliente <i>ORACLE 10g</i>.</p> <p>d) Teniendo en cuenta que se detectó el evento de quemado del servidor el 19 de abril de 2013, en el expediente no se encontraron registros que establezcan cuando se realizó la reinstalación del software, solamente se encuentra trazabilidad hasta el correo de fecha 7 de octubre de 2013, en el cual Liliana Ulloa, solicita al INPEC confirmación de la instalación del cliente <i>ORACLE 10g</i>, para reprogramar la instalación de ISOLUCIÓN, es decir hasta ese momento trascurrieron más de cinco meses desde que se quemó el servidor, sin que se haya reinstalado el software.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) Se acepta un error, en el sentido de que el tiempo transcurrido entre diciembre de 2011 y abril de 2015 es de 40 meses aproximadamente y no 52 como se mencionó en el informe preliminar.</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			b) Que un software sea instalado en modo pruebas y modo producción con la correspondiente creación de usuarios indica que se hicieron avances en la implementación del mismo, NO es evidencia de que el software se haya puesto en funcionamiento o puesta en producción según lenguaje técnico. c) Se corrobora la conclusión del auditor que indica: “Al momento de la auditoría desarrollada se evidenció la falta de implementación del software ISOLUCIÓN, es decir que han transcurrido aproximadamente 40 meses desde su adquisición sin que se haya puesto en funcionamiento” . d) Se realiza descripción detallada de los principales hitos en el desarrollo del proyecto de implementación del software ISOLUCIÓN, dentro del informe definitivo.
37	3.6.3 Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité Institucional de Desarrollo Administrativo	<i>“Es importante precisar que si bien las reuniones convocadas por la Dirección General, se han denominado “Comité Directivo”, estas son realizadas dependiendo las necesidades de la Dirección General y revisten dentro del alcance que puede tener una reunión...este tipo de reuniones no deberían incluirse dentro del estudio de los Comités que serán absorbidos por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.</i>	Criterio: al literal b) del artículo sexto del Decreto 2482 de 2012: “A nivel institucional, Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, instancia orientadora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en donde se discutirán todos los temas referentes a las políticas de desarrollo administrativo y demás componentes del modelo. Este comité sustituirá los demás comités que tengan relación con el modelo y no sean obligatorios por mandato legal...” . Conclusiones: a) Se acepta la observación en el sentido de no ser necesario realizar estudio de una reunión denominada “Comité Directivo”. b) Se resalta que las actas de estas reuniones llevan por título “Dirección General Comité de Coordinación”, esta denominación genera confusión, porque se asemeja al nombre del “Comité de coordinación de control interno”, formalmente reglamentado mediante Resolución 2412 de 2012. c) Las actas de las reuniones de la Dirección general, inducen al error porque relacionan un Comité que no existe. d) Se evidencia incumplimiento del numeral 4.2.4 de la norma NTCGP 1000 que establece: “Los registros deben permanecer

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
			legibles, fácilmente identificables y recuperables”, (subrayado fuera de texto).
38	3.6.7 Vigencias futuras	<p><i>“No se puede inferir que los procedimientos están desactualizados en su contenido, dado que se han venido aplicando de manera ordenada y consistente acorde a las normas orgánicas del presupuesto y las instrucciones impartidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de lo cual el Grupo Auditor pudo evidenciar la aplicación de los procedimientos con sus respectivos registros, tal como lo manifiestan en el contenido del informe preliminar páginas 81 y 85”</i></p>	<p>Conclusiones previas:</p> <p>a) Se acepta la observación dado que el auditor no detalló el criterio aplicado.</p> <p>b) Se excluye del informe el párrafo de la página 85, sobre el cual la Oficina Asesora de Planeación, presento observaciones.</p> <p>Criterios:</p> <p>a) Procedimiento Elaboración de anteproyecto de presupuesto, actividad 1. “...La Subdirección Administrativa o quien haga sus veces solicita a las dependencias de la Sede Central, Subdirecciones Regionales y Establecimientos de Reclusión del orden Nacional las necesidades en materia presupuestal en los rubros de la Cuenta Gastos Generales que directamente ejecutan utilizando el formato O.P. 11-068-99 Versión Oficial “Programación Presupuestal plan de compras”, (subrayado fuera de texto)</p> <p>b) Numeral 4.2.3 “Control de documentos” de la Norma NTCGP 1000, literal c): “asegurarse que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos”.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) Se evidenció la generación de registro “Programación presupuestal plan de compras” en versión diferente a la publicada en la Ruta virtual de la calidad.</p> <p>b) Se incumple el requisito del numeral 4.2.3, literal c), de la norma NTCGP 1000.</p> <p>c) Se complementa lo señalado en el numeral 3.6.5 del informe preliminar.</p>
39	3.6.12 Seguridad de la información	<p><i>“Me permito aclarar que los datos guardados en ese dispositivo, corresponden a resúmenes estadísticos que no contienen microdatos donde se pueda evidenciar información</i></p>	<p>Conclusión: El asunto amerita una revisión de protocolos de seguridad de la información.</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>confidencial de los internos</i>	
40	No aplica	<p>Observaciones generales: <i>“Solicito que estas actividades no sean incluidas dentro del informe de auditoría interna, y en cambio se estructuren y en un informe individual en el cual se dé a conocer tanto la metodología para la aplicación de las encuestas, los formularios, la muestra encuestada con respecto al total de la población...”</i></p>	<p>Respuesta: como bien lo menciona el auditado los resultados de las encuestas son un insumo para el mejoramiento, y permiten conocer la percepción de los funcionarios, por lo tanto no conllevan a determinar incumplimientos.</p> <p>Sobre el proceso de auditoria es pertinente precisar:</p> <p>a) Existen diferentes mecanismos de auditoria y esta se puede desarrollar con interacción humana y sin interacción humana, (ver Norma NTCGP 19011, anexo B).</p> <p>b) La auditoría no empezó el 14 de abril de 2015, sino meses antes dado que el proceso auditor surte una etapa de preparación.</p> <p>c) La auditoría no finalizó el 27 de abril de 2015, dado que los resultados de la auditoria conllevan la realización de planes de mejoramiento y solo hasta que estos se cumplan habrá culminado la auditoria.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>a) Si bien es cierto las encuestas fueron elaboradas meses antes de la reunión de apertura, también es cierto que estas encuestas esgrimen argumentos que no constituyen hallazgos, pero sí evidencian o prueban un hecho objeto de evaluación en el proceso auditor.</p> <p>b) Es parte del rol auditor de la Oficina de Control Interno, emitir recomendaciones y levantar hallazgos utilizando diferentes medios de prueba y para ello es importante conocer la percepción de los funcionarios del instituto.</p> <p>Respuesta:</p> <p>a) No se considera pertinente excluir los resultados de las encuestas del informe de auditoría.</p> <p>b) No se considera necesario estructurar un informe individual sobre las encuestas.</p>
41	No aplica	<p>Observaciones generales: <i>“Se solicita que se vincule y de alcance a los numerales a los cuales sea</i></p>	<p>Respuesta: de acuerdo.</p>

No.	Numeral del informe preliminar	Observación o Solicitud	Criterios, aclaraciones, conclusiones y respuestas
		<i>pertinente la aplicación de las observaciones al informe preliminar"</i>	

A continuación se presenta el informe definitivo de la auditoria del asunto, sobre el cual debe obtenerse de su despacho un plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de este informe.

Atentamente.

ORIGINAL FIRMADO

MARIO JIMENEZ GAYON
Jefe Oficina Control Interno

Elaborado por: *Daniel Quilaguy Bernal*

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC

AUDITORIA INTERNA A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN -PROCESO DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

INFORME DEFINITIVO

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Entrevistas de auditoría realizadas entre el 14 y el 27 de abril de 2015

Este informe da cuenta del proceso de auditoría interna a la Oficina Asesora de Planeación – Proceso de Planificación Institucional, de acuerdo con la solicitud de la Dirección General mediante oficio 8100-DINPE-05809 del 10 de diciembre de 2014.

CONTENIDO

1. ASPECTOS GENERALES	21
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.3 CRITERIOS DE AUDITORIA.....	22
1.4 EQUIPO AUDITOR.....	25
1.5 AUDITADOS.....	26
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA.....	26
3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA	26
3.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	26
3.1.1 Manual de la Calidad.....	26
3.1.2 Política de la calidad.....	30
3.1.3 Objetivos de la calidad.....	31
3.1.4 Secuencia e interacción de los procesos.....	32
3.1.5 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	33
3.1.6 Control de documentos.....	33
3.1.7 Control de registros	35
3.1.8 Seguimiento y medición de los procesos.....	36
3.1.9 Representante de la Dirección.....	37
3.1.10 Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	38
3.1.11 Funcionalidad del Sistema de Gestión de la Calidad	41
3.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	53
3.2.1 Equipo operativo Calidad-MECI.....	53
3.2.2 Equipo de auditores internos MECI-CALIDAD	54
3.3 COMPONENTES MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	55
3.3.1 Talento Humano.....	55
3.3.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.....	55
3.3.1.2 Desarrollo del Talento Humano.....	57
3.3.2 Direccionamiento Estratégico	60
3.3.2.1 Planes, programas y proyectos.....	60
3.3.2.1.1 Plan de Direccionamiento Estratégico del INPEC 2011 – 2014.....	60

3.3.2.1.2	Planes SIOPEC	62
3.3.2.1.3	Plan de Acción o Plan Operativo Anual	63
3.3.2.1.4	Proyectos de Inversión	64
3.3.2.2	Modelo de operación por procesos	65
3.3.2.3	Estructura organizacional	66
3.3.2.4	Indicadores de Gestión	69
3.3.2.5	Políticas de operación	71
3.3.2.6	Políticas de administración de riesgos	73
3.3.2.6.1	Riesgos de Gestión	73
3.3.2.6.2	Riesgos de Corrupción	78
3.3.3	Autoevaluación del control y la gestión	82
3.3.4	Planes de mejoramiento	83
3.3.5	Eje transversal información y comunicación	83
3.4	ACTUALIZACIÓN MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.....	85
3.4.1	Fase de Conocimiento	85
3.4.2	Fase de Diagnóstico	86
3.4.3	Fase de planeación	87
3.5	Modelo Integrado de Planeación y Gestión	89
3.5.1	Transparencia y acceso a la información pública.....	90
3.5.2	Rendición de Cuentas a la Ciudadanía.....	91
3.5.3	Racionalización de trámites	101
3.6	OTRAS RESPONSABILIDADES DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN .	
	103
3.6.1	Acuerdos de Gestión	103
3.6.2	Software ISOLUCIÓN.....	104
3.6.3	Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.....	117
3.6.4	Elaboración Anteproyecto de Presupuesto	120
3.6.5	Desagregación de Apropriaciones Presupuestales.....	121
3.6.6	Modificación Presupuestal	122
3.6.7	Vigencias Futuras.....	123
3.6.8	Aplicativo SISIPPEC WEB – fase I.....	124
3.6.9	Funciones del Grupo de Estadística	124

3.6.10	Implementación de Nuevas Herramientas	125
3.6.11	Certificación del Proceso Estadístico	125
3.6.12	Seguridad de la Información	126
4.	HALLAZGOS	127
5.	RECOMENDACIONES	150
6.	FORTALEZAS	151
7.	RIESGOS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	151
8.	CONCLUSIONES	152

1. ASPECTOS GENERALES

De acuerdo con la solicitud de la Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC, mediante oficio 8100-DINPE-05809 del 10 de diciembre de 2014, la Oficina de Control Interno, adelanto las etapas de preparación y realización de la auditoria interna a la Oficina Asesora de Planeación - Proceso de Planificación Institucional. Este informe da cuenta de la etapa de los resultados definitivos de la auditoria, teniendo en cuenta que respecto al informe preliminar de auditoria la Oficina Asesora de Planeación, no emitió observaciones.

Las entrevistas de auditoria interna a los colaboradores de la Oficina Asesora de Planeación, fueron realizadas de acuerdo con los siguientes aspectos.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de los criterios establecidos para el desarrollo del Proceso de Planificación Institucional y de las actividades de la Oficina Asesora de Planeación de acuerdo con la normatividad interna y externa establecida.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar y verificar que se cumplen requisitos de:

1. Establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno.
2. Definición, documentación, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo, del Sistema de Gestión de la Calidad.

3. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI 2014).
4. Administración de riesgos del instituto (gestión y corrupción)
5. Desarrollo de la planeación y medición de la gestión.
6. Programación presupuestal.
7. Consolidación y divulgación de información estadística.

1.3 CRITERIOS DE AUDITORIA

Planes, programas y proyectos, presupuesto general, plan de adquisiciones, informes de gestión, aplicativos manejados por la Oficina de Planeación, Normatividad interna y externa aplicable al Proceso de Planificación Institucional, y documentación dispuesta en la ruta virtual de la calidad y del control.

Detalladamente los siguientes:

Constitución Política de Colombia, Artículos 209, 269 y 352.

Leyes

- ✓ **Ley 80 de 1993 y decretos reglamentarios** “*Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública*”.
- ✓ **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 489 de 1998** “*Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*”.
- ✓ **Ley 819 de 2003** “*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*”.
- ✓ **Ley 872 de 2003** “*Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios*”.
- ✓ **Ley 909 de 2004** “*Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones*”.
- ✓ **Ley 1709 de 2014** “*Por medio del cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993*”
- ✓ **Ley 1712 de 2014** “*Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones*”.

Decretos

- ✓ **Decreto 2160 de 1992** “Por el cual se fusiona la Dirección General de Prisiones del Ministerio de Justicia con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia”
- ✓ **Decreto 568 de 1996** “Reglamenta las Leyes 38 de 1989, 179 de 1994 y 225 de 1995 Orgánicas del Presupuesto General de la Nación, en lo relacionado con el Plan Financiero, las vigencias futuras, la preparación y presentación del anteproyecto del Presupuesto General de la Nación y su liquidación y ejecución”.
- ✓ **Decreto 111 de 1996** “Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto”
- ✓ **Decreto 1826 de 1994** “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993”.
- ✓ **Decreto 2145 de 1999** “Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones”
- ✓ **Decreto 1537 de 2000** “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado”
- ✓ **Decreto 2539 de 2000** “Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999”
- ✓ **Decreto 4110 de 2004** “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”
- ✓ **Decreto 4730 de 2005** “Por el cual se reglamentan normas orgánicas del presupuesto”.
- ✓ **Decreto 1599 de 2005** “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano”
- ✓ **Decreto 1957 de 2007** “Por el cual se reglamentan normas orgánicas del presupuesto y se dictan otras disposiciones en la materia”.
- ✓ **Decreto 4485 de 2009** “Por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”.
- ✓ **Decreto 270 de 2010** “Por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se determinan las funciones de sus dependencias”.
- ✓ **Decreto 1474 de 2011** “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- ✓ **Decreto 2674 de 2012** “Por el cual se reglamenta el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) Nación”
- ✓ **Decreto 2693 de 2012** “Por el cual se establecen los lineamientos generales de la estrategia de gobierno en línea de la república de Colombia, se reglamentan parcialmente las Leyes 1341 de 2009 y 1450 de 2011 y se dictan otras disposiciones”
- ✓ **Decreto 943 de 2014** “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”

- ✓ **Decreto 1290 de 2014 del DNP** "Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados – SINERGIA."

Resoluciones

- ✓ **Resolución 036 de 1998** "Por la cual se determinan algunas normas y procedimientos sobre registros presupuestales, suministro de información y su sistematización del Presupuesto General de la Nación"
- ✓ **Resolución 035 de 2009** "Por la cual se establece el Plan de Cuentas a que se refiere el artículo 30 del Decreto 4730 de 2005, modificado por el artículo 5 del Decreto 1957 de 2007"
- ✓ **Resolución 2122 de 2012**, "Por medio de la cual se desarrolla la estructura orgánica y se determinan los grupos de trabajo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)"
- ✓ **Resolución 2389 del 4 de julio de 2012** "Por la cual se derogan unas resoluciones, se crea el Equipo Directivo CALIDAD – MECI, el Equipo Operativo CALIDAD – MECI y Equipo Evaluador del INPEC"
- ✓ **Resolución 1450 de 2013** "...Metodología para la formulación y evaluación previa de proyectos de inversión susceptibles de ser financiados con recursos del Presupuesto general de la Nación."
- ✓ **Resolución Orgánica 7350 de 2013** "que modifica la Resolución Orgánica 6289 de 2011 "Rendición Electrónica de la Cuenta Informes –SIRECI-."
- ✓ **Resolución 3467 del 29 de octubre de 2013**, "Por medio de la cual se ajusta el Manual de Especifico de Funciones y Competencias Laborales para los Empleos del personal administrativo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC".
- ✓ **Resolución 1980 de 2014**, "Por la cual se adopta y desarrolla el Modelo Integrado de Planeación y Gestión del INPEC y se emiten otras disposiciones".
- ✓ **Resolución 4479 de 2014** "Por la cual se crea el Banco de Proyectos de Inversión del INPEC y se establece el esquema de funcionamiento"
- ✓ **Resolución 4142 del 30 de octubre de 2014** "Por la cual se modifica el mapa de procesos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC"

Guías

- ✓ **Guía para la Administración del Riesgo** Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP. Dirección de control interno y racionalización de trámites 2011.
- ✓ **PE-PI-G01 V01** "Guía para la elaboración de documentos" de 2014
- ✓ **PE-PI-G02 V01** "Guía metodológica para la formulación, elaboración y seguimiento a Planes Institucionales" de 2015.

Circulares

- ✓ **Circular 009 de 2014**, "Rendición Cuenta Fiscal e informes a través del SIRECI.."
- ✓ **Circular 006 de 2005 del DAFP** "Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del estado obligadas por la ley 872 de 2003, su

Decreto 4110 de 2004 y la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP 1000:2004”.

- ✓ **Circular Externa 07 de feb. 25 de 2015** “Instructivo que deben seguir los órganos que conforman el PGN durante el proceso de elaboración y presentación del Anteproyecto de Presupuesto para la vigencia 2016”.

Manuales

- ✓ **MNC 001-08 V02** Manual de la calidad, aprobado mediante Resolución 13051 del 6 de noviembre de 2008.
- ✓ **MNAG 013-11 V01** Manual para la Elaboración, Seguimiento y Evaluación de Acuerdos de Gestión de 2011.
- ✓ **MNEI 006-13 V02** Manual Diseño de Indicadores de Gestión de 2014.

Procedimientos

- ✓ **PE-PI-P01 V01** Procedimiento “control de documentos” de 2014
- ✓ **PE-PEI-P02 V01** “Procedimiento para la Formulación al plan de Direccionamiento estratégico y el Plan de Acción Institucional” de 2015.
- ✓ **PA-11-024-06** Procedimiento “Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad” de 2006.
- ✓ **PA 11-025-07** Procedimiento “Identificación, tratamiento y seguimiento del producto/servicio no conforme” de 2007.
- ✓ **PA 11-002-01** Procedimiento “Control de acciones correctivas y preventivas” de 2001.

Sistemas de Información

- ✓ Ruta virtual de la calidad
- ✓ Aplicativo SISIPPEC WEB – módulo de estadística.
- ✓ Sistema Integrado de Información Financiero – SIIF nación

1.4 EQUIPO AUDITOR

El Jefe de la Oficina de Control Interno, mediante oficio 8150-OFICI-097, encargo como auditor líder al Ing. José Daniel Quilaguy Bernal y con el ánimo de facilitar la continuidad de las labores de la Oficina Asesora de Planeación, el equipo auditor fue distribuido para interactuar con cada uno de los grupos de esa oficina, en tiempos diferentes, de la siguiente manera:

Grupos de la Oficina Asesora de Planeación	Auditores
Grupo Desarrollo Organizacional	Esneda Montenegro, Sonia Acevedo Torres y Daniel Quilaguy Bernal
Grupo Planificación Estratégica	Nelson Javier Acosta y John Jairo Cárdenas
Grupo de Programación Presupuestal	Leidy Camacho Rubio, Yulieth Lemus y Jorge Enrique Barrera

Grupo Estadística

Ángela González, Ricardo José
Fernández

1.5 AUDITADOS

En la Oficina Asesora de Planeación, de acuerdo con el plan de auditoría fueron entrevistados los siguientes funcionarios:

- Dr. Juan Manuel Riaño Vargas
- Angélica María Patiño García
- Eduardo Guzmán
- Luis Mesa
- Douglas Vega Amaya
- Víctor Manuel Tique
- Osvaldo Henao
- Paola Bejarano
- Javier Vega Pulido
- Luis Eduardo Castro Gil

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

Siguiendo el plan de auditoria, se realizaron entrevistas de auditoria interna a la Oficina Asesora de Planeación, desde el día 14 hasta el día 27 de abril de 2015, con reunión de cierre el día 28 de abril. Este proceso se desarrolló con la colaboración permanente de los funcionarios de la Oficina Asesora de Planeación, en general se destaca la disposición de cada uno de los entrevistados para responder los interrogantes de los auditores.

Para la entrega de evidencias se mantuvo comunicación permanente entre el auditor líder y la coordinadora del proceso auditor por parte de la Oficina Asesora de Planeación, Dra. Angelica Maria Patiño. La información solicitada, en varias oportunidades fue entregada con demora, debido a que se encuentra en conocimiento de un solo funcionario; por tal motivo fue necesario reprogramar algunas entrevistas de acuerdo con la agenda de los auditados.

3. EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

A través de las entrevistas efectuadas se revisaron los siguientes aspectos:

3.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1.1 Manual de la Calidad

Como punto de partida se revisó el Manual de la calidad MNC-001-08-V02, vigente desde el año 2008, encontrando que este documento, siendo el eje principal del Sistema de Gestión de la Calidad INPEC, no incluye el alcance de este sistema, en el entendido que el numeral 4.2.2 de la NTCGP 1000:2009 establece: ***“La entidad debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión...”***.

El Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, en su numeral 1.5 “Exclusiones”, establece exclusión al requisito del numeral 7.5.2 “Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio” de la NTCGP 1000:2004, con la observación: ***“Los servicios ofrecidos por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, son verificados y evaluados durante cualquier etapa del proceso”*** (subrayado fuera de texto), sin embargo, teniendo en cuenta que los servicios del INPEC son un intangible, que puede ser evaluado una vez se haya prestado el servicio, es decir que estos no son almacenables como los productos, y se entregan directamente al cliente al momento de prestarlos, se hace evidente entonces, ***que las deficiencias sobre el servicio, aparecen únicamente después la prestación del mismo***, por lo tanto resulta inválida la razón presentada para la exclusión del requisito al numeral 7.5.2 de la norma NTCGP 1000 dado que este establece: ***“la entidad debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté en uso o se haya prestado el servicio”***, (subrayado fuera de texto).

En la página 4, del Manual de la Calidad del INPEC, se referencia como anexos a este documento:

Anexo 4A: “Listado maestro de procesos”

Anexo 4B: “Listado maestro de procedimientos”

Anexo 4C: “Listado maestro de documentos complementarios del SGC”

Y justo debajo la nota: ***“LOS DOCUMENTOS SE ENCUENTRAN PARA CONSULTA EN LA RUTA VIRTUAL DE LA CALIDAD”***, sin embargo se evidenció que tales documentos no están disponibles en la ruta virtual, como se muestra en la siguiente imagen:

MNC 001-08 V02 Manual de Calidad del INPEC Usted se ha autenticado como José Daniel Quilaquy (Salir)

Ruta Virtual de la Calidad > [MNC 001-08 V02 Manual de Calidad del INPEC](#)

Administración
[Ver este documento](#)
[Perfil](#)

Diagrama de temas

1 **MNC 001-08 V02 MANUAL DE CALIDAD DEL INPEC** □

[MNC 001-08 V02 MANUAL DE CALIDAD DEL INPEC](#)

ANEXO 1. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

[Organigrama INPEC](#)

ANEXO 2. MAPA DE PROCESOS - CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

[Anexo 2A Mapa de Procesos](#)

[PA-TI-C10 V01 Proceso Gestion de Tecnologia e Informacion](#)

ANEXO 3. MATRIZ INDICADORES - POLÍTICA DE CALIDAD

[MATRIZ INDICADORES](#)

[POLÍTICA DE CALIDAD](#)

Usted se ha autenticado como José Daniel Quilaquy (Salir)

Página Principal

Se incumple el numeral 4.2.3 “Control de documentos” literal d) de la norma NTCGP 1000: **“asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso”**, en el entendido que los referidos anexos hacen parte del manual, se concluye que el manual no se encuentra publicado en su totalidad.

Por otra parte, a pesar de las afectaciones directas que sufre el INPEC frente a las variables del contexto, tanto interno como externo, no se evidencia dinamismo del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que el instituto cuenta con **un manual de la calidad desde hace más de siete años, el cual aún referencia la versión 2004 de la norma NTCGP 1000**, desatendiendo la actualización de esta norma, según Decreto 4485 del 18 noviembre de 2009.

El Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, referencia los procedimientos obligatorios, de acuerdo con la siguiente tabla:

No.	Procedimiento o relacionado	Sección Manual de la calidad	Numeral NTC GP 1000:2009	Requisito del manual MNC-001-08-V02
1	PA 11-001-07 “Norma fundamental	4.2.1 (página 19)	4.2.3	“El INPEC para controlar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad desarrolló el

No.	Procedimiento o relacionado	Sección Manual de la calidad	Numeral NTC GP 1000:2009	Requisito del manual MNC-001-08-V02
	del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”			<p>procedimiento: PA 11-001-07 Versión Oficial “Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”...”</p> <p>(Procedimiento anulado mediante Resolución 4586A del 21 de noviembre de 2014)</p>
2	PA 11-001-07 “Norma fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”	4.2.2 (página 19)	4.2.4	<p>“De acuerdo con el procedimiento PA 11-001-07 Versión Oficial “Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”, los registros de calidad los deben identificar las personas que intervienen en su elaboración o modificación, el jefe con mayor responsabilidad en el proceso que se está documentando, con la asesoría de un representante del grupo de Organización y Métodos de la Oficina de Planeación o Servidor Penitenciario y Carcelario del área de Planeación en las Regionales y Establecimientos de Reclusión”</p> <p>(Procedimiento anulado mediante Resolución 4586A del 21 de noviembre de 2014)</p>
3	PA 12-001-06 “Realización de auditorías internas del SGC”	8.2.2 (página 36)	8.2.2	<p>“El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, cuenta con el procedimiento PA 12-001-06 Versión Oficial “Realización de auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad”...”</p>
4	PA 11-025-07 “Identificación, tratamiento y seguimiento del producto/servicio no	8.2.3 (página 37)	8.2.3	<p>“El Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC para el control del producto/servicio no conforme establece, implementa y mantiene el procedimiento PA 11-025-07 Versión Oficial”</p>

No.	Procedimiento o relacionado	Sección Manual de la calidad	Numeral NTC GP 1000:2009	Requisito del manual MNC-001-08-V02
	conforme”			
5	PA-11-002-01 “Control de acciones correctivas y preventivas”	8.5.2 (página 38)	8.5.2 y 8.5.3	“Se encuentra documentado el procedimiento PA 11-002-01 Versión oficial “Control de Acciones Correctivas y Preventivas”...”

En la tabla anterior, se muestra la referencia a cinco documentos para dar cumplimiento a los seis procedimientos obligatorios exigidos por la norma NTCGP 1000, aclarando que existe un solo procedimiento para control de acciones correctivas y acciones preventivas. Aunque el **procedimiento: “PA 11-001-07 Norma fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”** fue anulado mediante **Resolución 4586A** de noviembre de 2014, se referencia en la Resolución 110 de 2015 (ver numeral 3.3.2.1.1 de este informe), se evidencia falta de control, incumpliendo el numeral 4.2.3, literal g) de la norma NTCGP 1000 que establece: **“Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón”**, (subrayado fuera de texto), por lo anterior es pertinente revisar el control establecido en el procedimiento “Control de documentos PE-PI-P01, porque la publicación del “listado maestro de documentos”, como lo establece el manual de la calidad en su página 4, permitiría que cualquier funcionario de la entidad, verificará de manera rápida la vigencia de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Respecto a los procesos del INPEC, el Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, en su numeral 4.1.1 “Planificación” (página 14), establece los procesos del INPEC, citando la Resolución 4032 del 8 de julio de 2005, lo cual resulta contradictorio con lo establecido en la Resolución 4142 del 30 de octubre de 2014 “Por la cual se modifica el mapa de procesos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC”, indicativo de la falta de actualización del Manual de la calidad MNC-001-08-V02, incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.3 de la norma NTCGP 1000 que establece: **“b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente”**, (subrayado fuera de texto).

3.1.2 Política de la calidad

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, cuenta con una política y objetivos de la calidad documento con código **PC-001-08 V01**, publicados en la Ruta Virtual de la Calidad, esta política es desplegada a través de cuatro grupos de interés: Cliente, funcionarios, Sistema de Gestión de la Calidad y proveedores,

sin embargo, el portafolio de servicios publicado en la página web, define la Política de calidad, que se muestra en la siguiente imagen:



La cual difiere de la anterior, lo que evidencia el incumplimiento del numeral 4.2.3, literal c) de la norma NTCGP 1000 que establece: “**asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos**”, (subrayado fuera de texto).

La Política de Calidad, publicada en la Ruta Virtual desde el año 2008, no evidencia revisión de coherencia con el plan nacional de desarrollo nacional 2011-2014, por parte de la Alta Dirección, tal como lo establece el numeral 5.3 de la norma NTCGP1000, “**La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad: a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad; b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos establecidos...**”, por lo tanto tampoco hay evidencia de la revisión continua para dar cumplimiento al literal f) del mismo numeral de la norma NTCGP 1000, que establece: “**se revisa para su adecuación continua**”. Es decir que han transcurrido alrededor de siete años sin que la política de la calidad del INPEC haya sido objeto de revisión alguna por parte de la Dirección General, lo anterior demuestra la falta de dinamismo en la planeación del sistema de gestión de la calidad.

3.1.3 Objetivos de la calidad

El documento de la Política de la calidad, con código PC-001-08 V01, publicado a través de la ruta virtual, incluye seis objetivos de la calidad; para el seguimiento de estos se establecieron indicadores a través de la Matriz de indicadores de la Política de la calidad (anexo 3 del Manual de la calidad MNC-001-08-V02). Se

evidenció que este seguimiento no se ha realizado, ya que los indicadores no tienen metas definidas que permitan establecer su grado de cumplimiento, y evaluación.

Existe incumplimiento dado que los objetivos de la calidad deben ser medibles tal como lo establece la norma NTCGP1000 en el numeral 5.4.1 ***“La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad...”***, (subrayado fuera de texto) una vez más se muestra la falta de planeación del sistema.

3.1.4 Secuencia e interacción de los procesos

El INPEC cuenta con mapa y caracterizaciones de proceso adoptados, mediante Resolución número 4142 del 30 de octubre de 2014; para verificar la interacción se realizó el siguiente muestreo: se tomó como punto de partida el proceso de *“Planificación Institucional”*, para corroborar con los procesos estratégicos la interacción de las siguientes salidas: a) Hoja de vida de indicadores de gestión por proceso, b) Direccionamiento estratégico y c) Planes de mejoramiento. Al revisarse las entradas de estas salidas mencionadas (a, b, y c) en las caracterizaciones de los procesos estratégicos, no se encontró el ingreso de la salida denominada “planes de mejoramiento”; por lo que se evidenció que las caracterizaciones carecen de balanceo, dado que las salidas de un proceso además de tener destino definido, deben ser parte integral de la caracterización del proceso de destino.

Al no existir este balanceo no se podría diseñar los requisitos de calidad que deben soportar los productos y servicios de cada proceso. Lo anterior amerita una revisión técnica de la interacción por procesos que permita cumplir con lo establecido en la norma NTCGP 1000 en su numeral 4.1, literal b) ***“...determinar la secuencia e interacción de estos procesos...”***.

Así las cosas, aunque se ha determinado una interacción por procesos, la misma no se ajusta a las exigencias técnicas, situación que permite recomendar la revisión pertinente, con el objeto de comprometer institucionalmente la gestión por procesos, mediante la exigencia y aplicación de lo mencionado en la norma NTCGP 1000, en su numeral 1.2, literal d): ***“enfoque basado en procesos: en las entidades existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso”***. En concordancia con la función tercera asignada al Grupo de Desarrollo Organizacional, en el artículo 9 de la Resolución 2122 de 2012: ***“Asesorar el diseño e implementación en el instituto, de la gestión por procesos”***.

3.1.5 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

En la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, se han incorporado cambios relacionados con el numeral 4.1 de la norma NTCGP1000:2009, como son: nuevas versiones de mapa y caracterizaciones de procesos, sin embargo no se encontró evidencia de la planificación de estos cambios.

Por otra parte, se estableció una nueva codificación de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, establecida en el procedimiento “Control de documentos” PE-PI-P01 versión 01, sin que se exista una planificación de cambios con su respectivo cronograma para asegurar la migración a la nueva codificación de la documentación de cada uno de los procesos del sistema, con unos tiempos y compromisos que permitan su verificación.

Adicionalmente como se mencionó en el numeral 3.1.1 de este informe, el Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, presenta contradicción frente a la Resolución 4142 del 30 de octubre de 2014, respecto a los procesos vigentes. En la tabla incluida en mismo numeral de este informe, se evidencia la falta de actualización del manual de la calidad al referenciar el procedimiento PA 11-001-07 V05 “Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”, el cual fue anulado mediante Resolución 4586A del 21 de noviembre de 2014.

Todo lo anterior, evidencia el incumplimiento a lo establecido en el numeral 5.4.2 de la norma NTCGP 1000: ***“La alta dirección debe asegurarse de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad, y b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.”***

La integridad del sistema se relaciona con la función asignada al “Grupo de Desarrollo Organizacional” en el numeral once, del artículo 9, de la Resolución 2122 de 2012: ***“Administrar el sistema de información adoptado para la publicación y consulta de los documentos del sistema de gestión”***, en el entendido que la administración de un sistema de información, requiere la revisión de los documentos antes de su publicación con el fin de prevenir la coexistencia de requisitos o indicaciones que sean contradictorias. Es decir que la administración del sistema de información, no debe limitarse a la publicación, sino que debe garantizar la integridad y coherencia de la información que se publica.

3.1.6 Control de documentos

Como se menciona en el numeral 3.1.1 de este informe, el procedimiento PA 11-001-07 “Norma fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC”, fue anulado mediante Resolución 4586A del 21 de noviembre de 2014, mientras que el 11 de noviembre de 2014 mediante Resolución 4358 de 2014 “Por la cual se

aprueban y adoptan unos documentos del sistema de gestión integrado del instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC”, en su artículo primero se estableció:

“Aprobación: Aprobar y adoptar de acuerdo con lo establecido en el procedimiento Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, los documentos de aplicación general que se describen a continuación:

DEPENDENCIA	CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	APLICACIÓN
Oficina Asesora de Planeación	PE-PI-P01-V01	Procedimiento control de documentos	General
Oficina Asesora de Planeación	PE-PI-G01-V01	Guía para el control de documentos	General

...”, (subrayado fuera de texto).

Entonces según las Resoluciones 4358 y 4586A de 2014 coexistieron en el Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, dos procedimientos para el control documental entre el 11 y el 21 de noviembre de 2014, se evidencia incumplimiento de lo establecido en el numeral 4.2.3 de la norma NTCGP 1000, literal c), que establece: **“Asegurarse que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos”**.

Para verificar el cumplimiento en la aplicación de controles a la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, se consultó en la Ruta Virtual de la Calidad, las caracterizaciones de los procesos, encontrando que existen dos sitios donde se encuentran publicadas, en uno de estos al dar clic sobre el enlace correspondiente al proceso de “Atención Social”, se desplego la caracterización del proceso de “Planificación Institucional”, y no el que debería de ser, es decir “Atención Social” incumpliendo así el literal d) del numeral 4.2.3 de la norma NTCGP 1000, el cual establece: **“... asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso...”**, en el otro sitio el enlace está correcto.

Adicionalmente, se evidenció que las caracterizaciones de los procesos de apoyo, publicadas en uno de uno de los puntos de uso, no registran información en los campos: código, versión y fecha de aprobación de su encabezado, se incumple entonces el numeral 4.2.3, literal e) de la norma NTCGP: **“asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables”**

Para el control de la normatividad aplicable al proceso de “Planificación Institucional” se tiene publicado el normograma respectivo, mediante anexo 1 de la caracterización del proceso, hecha la revisión normativa se evidenció que este documento no incluye referentes legales como: Ley 1712 de 2014 y Resolución interna 1980 de 2014. Incumpliendo lo establecido en el numeral 4.2.3, literal f), de la norma NTCGP 1000 que establece **“asegurarse de que los documentos de origen externo que la entidad determina que son necesarios para la**

planificación y la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifican y se controla su distribución...”, por lo tanto debe de actualizarse.

3.1.7 Control de registros

En el numeral 4.2.2 del Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, se lee que existen dos procedimientos para el control de los registros en el INPEC:

- a) Procedimiento PA 22-037-01 Versión Oficial “Revisión Tablas de Retención Documental”.
- b) Procedimiento PA 22-03-037-01 Versión Oficial “Norma Fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad” (anulado por Resolución 4586A de 2014).

Sin embargo al revisar el procedimiento vigente (PA 22-037-01) no se encontró que este incluya los mecanismos para el control de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, como son:

- a) Identificación
- b) Almacenamiento
- c) Protección
- d) Recuperación
- e) Tiempo de retención y
- f) Disposición

Es decir que el procedimiento no define los controles citados incumpliendo el requisito establecido en el numeral 4.2.4 “control de registros” de la norma NTCGP 1000: **“la entidad debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros”**, (subrayado fuera de texto).

Por otra parte, según Acta 13 de entrevista de auditoria desarrollada el día 14 de abril de 2015, para verificar el cumplimiento en la aplicación de controles a los registros del proceso de “Planificación Institucional”, se revisaron los siguientes procedimientos:

- a) Procedimiento “Identificación, tratamiento y seguimiento del producto/servicio no conforme PA-025-07 V01”, en su actividad 10, contempla que semestralmente el **“Coordinador Grupo de Organización y Métodos de la Oficina de Planeación y responsables de las Áreas de Planeación o quien haga sus veces en la Dirección Regional y Establecimientos de Reclusión...”**, deben elaborar una “Relación Producto/Servicio No Conforme en el INPEC”, en formato OP-11-098-00, y enviarse al Director General con copia a la Oficina de Control Interno. No se evidenció que dicha relación haya sido elaborada como lo establece este

procedimiento. Situación que quedo consignada en el acta 13 de la auditoría interna a la Oficina Asesora de Planeación.

- b) Procedimiento “*Control de acciones correctivas y preventivas PA-11-002-01*” establece en su actividad 10 que “un responsable del Grupo Organización y Métodos o un representante del área de Planeación en la regional o el establecimiento”, semestralmente son los responsables de preparar “**un informe resumen de extensión no mayor a dos páginas que sirva de referencia para el proceso de revisión del sistema de calidad...**”, se indagó por este informe para revisión del sistema. La auditada, indicó que este informe no se ha realizado, teniendo en cuenta que el Sistema de Gestión de la Calidad, no ha generado acciones correctivas y preventivas, diferentes a las establecidas en los planes de mejoramiento de la contraloría, situación que quedo consignada en el acta 13 de la auditoria a la Oficina asesora de Planeación
- c) Procedimiento “**Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad PA-11-024-06**”, se solicitó el informe de revisión por la Dirección se indicó que hasta la fecha, esta revisión no se ha realizado, se mostró una presentación en Power Point elaborada por la Oficina Asesora de Planeación con miras a presentar resultados en un futuro a la Dirección General, sobre el estado del sistema, es decir que han transcurrido aproximadamente nueve años desde la adopción de este procedimiento, sin que exista evidencia de revisión al Sistema de Gestión de la Calidad por parte de la Dirección General.

Se incumple el requisito del numeral 4.2.1 Generalidades de la norma NTCGP 1000, que establece: “**La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:... c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma...**”, (subrayado fuera de texto).

3.1.8 Seguimiento y medición de los procesos

En el entendido que en el INPEC, el método para medir el desempeño de los procesos son los indicadores establecidos en el anexo 2 de cada caracterización de proceso, para dar cumplimiento a la norma NTCGP 1000, en su numeral 4.1, que establece: “**La entidad debe: a) determinar los procesos que le permiten cumplir la función que se le ha asignado**”.... “**b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos, c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes**”, (subrayado fuera de texto).

Se revisó la matriz de indicadores de gestión, anexo 2 de la caracterización del proceso de “*Planificación Institucional*”, evidenciando que se tiene definidos tres indicadores: dos de eficacia y uno de efectividad. Es decir no se cuenta con un indicador que permita evaluar y medir la eficiencia del proceso, como lo establece la norma NTCGP 1000 en su numeral 8.2.3 “seguimiento y medición de los

procesos”: “... **la entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)**”, (subrayado fuera de texto).

3.1.9 Representante de la Dirección

El Decreto 4151 de 2011, asigna a la Oficina Asesora de Planeación en su artículo 9, la función 9: “**Dirigir el diseño, implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión, así como acompañar a las demás dependencias en su implementación**”, (subrayado fuera del texto).

Asimismo, la Resolución 571 del 7 de marzo de 2013 (página 74), asigna al cargo “Jefe de Oficina Asesora” del área: “Oficina Asesora de Planeación”, la función 3: “**Liderar y asesorar en la implementación y en el mejoramiento de los procesos y procedimientos con el fin de racionalizar la gestión y los recursos del INPEC de acuerdo con el Sistema Integrado de Gestión**”, (subrayado fuera del texto).

La norma NTCGP 1000:2009 establece en su numeral 5.5.2 que: “**La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es) independiente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad; b) informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora, y c) asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad**”, (subrayado fuera de texto). No se evidenció que el representante de la dirección haya informado a la Dirección General del INPEC sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, en los años 2013 y 2014.

En relación con el anterior requisito la Dirección General del INPEC, en el artículo 4 de la Resolución 2389 de 2012 estableció: “**DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL: Designar como representante de la Dirección General para los procesos de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2009 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 al Jefe de la Oficina de Planeación**”, (subrayado fuera de texto).

“**Adicionalmente el párrafo de este artículo menciona: “El rol que asumirá el funcionario directivo de primer nivel aquí designado será el de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias para la implementación, desarrollo y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión pública adoptados por la entidad de acuerdo con las políticas establecidas por la Dirección General”**”, (subrayado fuera de texto).

Aunque el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es parte de la Dirección según se desprende de la estructura funcional del INPEC, el párrafo mencionado presenta error al afirmar que el funcionario es “**directivo**”, porque de acuerdo con el manual de funciones vigente, el cargo Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, corresponde al **nivel asesor**, por lo tanto es necesario ajustar la Resolución 2389 de 2012.

3.1.10 Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad

En el curso de la auditoria a la Oficina Asesora de Planeación no se evidenció el cumplimiento en la consolidación de la información del Sistema de Gestión de la Calidad (ver numeral 5.6.2 de la NTCGP 1000) en concordancia con la función 5, asignada por la Resolución 571 al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación: “**Consolidar y presentar a la Dirección General la información sobre resultados de la gestión interna...**”.

La información mínima para poder realizar la revisión por la dirección, con el lleno de los requisitos del numeral 5.6.2 “*Información de entrada para la revisión*”, de la norma NTCGP 1000, es: “**La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir: a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio, d) el estado de las acciones correctivas y preventivas, e) las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, f) los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad, g) las recomendaciones para la mejora, y los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados (véase además el numeral 4.1 literal g)**”, (subrayado fuera de texto).

Para cada uno de los literales anteriores, la Oficina de Control Interno evidenció lo siguiente:

Información de entrada para la revisión por la dirección	Evidencia	Conclusión
a) <i>los resultados de auditorías</i>	No se evidencia registros de auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad.	Se incumple el requisito del numeral 8.2.2 de la norma NTCGP 1000 “ <i>La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la</i> ”

Información de entrada para la revisión por la dirección	Evidencia	Conclusión
		<p>Calidad: a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de gestión de la Calidad establecidos por la entidad, y b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva”</p>
<p>b) la retroalimentación del cliente</p>	<p>No se evidencia registro de acciones correctivas o preventivas como resultado del análisis de los reclamos.</p>	<p>No se evidencia registro de acciones correctivas o preventivas como resultado de la medición de la satisfacción del cliente, a través de encuesta aplicada a las personas que realizan peticiones de manera presencial.</p> <p>Asimismo no se evidencia seguimiento a la satisfacción de las peticiones presentadas por otros canales diferentes al presencial.</p>
<p>c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio,</p>	<p>Se publicaron matrices de indicadores para 15 de los 16 procesos, sin que se haya publicado en el Ruta Virtual de la Calidad, la matriz correspondiente al proceso “<i>Gestión del Conocimiento Institucional</i>”, se encontró que 52 de un total de 102 indicadores publicados no tienen meta establecida.</p> <p>No se evidencia registros sobre el tratamiento del producto no conforme de acuerdo con el procedimiento:</p>	<p>No se evidencia registros de medición del desempeño de los procesos, para la vigencia 2014.</p> <p>Se evidencia incumplimiento de lo establecido en el procedimiento PA 11-025-07, dado que no existen registros del producto/servicio no conforme en el formato OP-11-098-00, relacionado en el procedimiento.</p> <p>Se incumple el requisito del numeral 8.2.3 “Seguimiento y medición de los procesos” de NTCGP 1000, que establece: “Los métodos de seguimiento</p>

Información de entrada para la revisión por la dirección	Evidencia	Conclusión
	<p><i>“Identificación, tratamiento y seguimiento del producto/servicio no conforme”</i> PA 11-025-07 del año 2007.</p>	<p><u>y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas, y los resultados pertinentes debe estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas u otros medios con los que se cuente</u>, (subrayado fuera de texto).</p>
<p><i>d) el estado de las acciones correctivas y preventivas</i></p>	<p>Procedimiento <i>“Control de acciones correctivas y preventivas”</i> PA 11-002-01 del año 2001</p>	<p>No se evidenció registros de acciones correctivas o preventivas, diferentes a las de los planes de mejoramiento de la CGR</p> <p>Se evidenció incumplimiento de lo establecido en el procedimiento PA 11-002-01, dado que no se encontró el informe semestral que debe elaborar la Oficina Asesora de Planeación (actividad 10 del procedimiento).</p>
<p><i>e) las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección</i></p>	<p>Acta 13 de auditoría a la oficina Asesora de Planeación del 14 de abril de 2015.</p>	<p>Según la entrevista de auditoría, en el INPEC, hasta la fecha no se ha realizado la primera revisión por la dirección.</p>
<p><i>f) los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad</i></p>	<p>No hay registros de planificación del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>No hay planificación de cambios al sistema de gestión de la calidad del INPEC y este no mantiene su integridad al incorporar las modificaciones (ver numeral 3.1.5 de este informe).</p>
<p><i>g) las recomendaciones para la mejora, y</i></p>	<p>No se evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de riesgos institucional • Política de administración 	<p>No se evidenció análisis de la gestión sobre los riesgos, solo algunos avances sobre</p>

Información de entrada para la revisión por la dirección	Evidencia	Conclusión
<i>los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados</i>	de riesgos acorde con la guía de administración de riesgos del DAFF. Se evidencia elaboración mapa de riesgos por procesos incompleto (ver numeral 3.3.2.6.1 de este informe). Se evidencia mapa de riesgos de corrupción incompleto (ver numeral 3.3.2.6.2 de este informe)	actividades de modificación y ajuste de las matrices de riesgos de gestión.

De acuerdo con la tabla anterior, la información de entrada para la revisión por la dirección no se puede consolidar de manera completa, porque en el Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, no se han implementado todos los mecanismos necesarios para generarla.

En conclusión se incumple el requisito del numeral 5.6.1 “generalidades” de la norma NTCGP 1000, que establece: ***“la alta dirección debe revisar el sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad”***, (subrayado fuera de texto). Dado que no se encontraron registros de revisión por la dirección en los últimos tres años, a pesar de que esta debe realizarse como mínimo de manera anual.

Teniendo en cuenta lo anotado en el numeral 3.1.5 de este informe, el Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, carece de planificación de actividades con sus respectivos responsables de reporte y consolidación de la información que debe generar el Sistema de Gestión de la calidad, para que así el representante de la dirección de cumplimiento a la responsabilidad establecida en el numeral 5.5.2 literal b) de la norma NTCGP 1000: ***“informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora”***.

3.1.11 Funcionalidad del Sistema de Gestión de la Calidad

El Decreto 4110 de 2004 establece:

“Artículo 5º. Funcionalidad. El sistema debe permitir:

a) Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios;

b) Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas;

c) Registrar de forma ordenada y precisa las estadísticas de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas adoptadas;

d) Facilitar control político y ciudadano a la calidad de la gestión de las entidades, garantizando el fácil acceso a la información relativa a los resultados del sistema;

e) Ajustar los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de la calidad”

En concordancia con lo anterior, no se evidenció que el Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, cuente con:

a) Registro de no conformidades como resultado de la autoevaluación del desempeño de los procesos (ver numeral 3.1.8 del presente informe).

b) Control de los procesos, dado que frente a la generación de un alto volumen de reclamos, la entidad no registra planes de mejoramiento que permitan evaluar los controles definidos para replantearlos en razón a su efectividad, (**ver numeral 3.3.2.2 de este informe**).

c) Registro de acciones correctivas, como resultado de la autoevaluación institucional (**ver numeral 3.1.6 de este informe**).

d) Publicación de resultados del desempeño del sistema de gestión de la calidad de cara a la ciudadanía situación que se reflejó en las audiencias de rendición de cuentas del 2014 (**ver numeral 3.5.2 de este informe**), al respecto la norma NTCGP 1000 establece, en su numeral 8.2.3: **“Los métodos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas, y los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas u otros medios con los que se cuente”**, no se evidenció publicación de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad en la página web del INPEC.

e) Actualización de la documentación frente al cambio en la legislación aplicable y la doctrina institucional, dado que la mayor parte de los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad presentan fecha de aprobación del año 2008 e inclusive del 2001. Situación que también permite inferir que no se cumple con el fin fundamental de la mejora continua, del sistema, incumpliendo así lo establecido en el artículo quinto del Decreto 4110 de 2004 (**ver numeral 3.3.2.2 de este informe**).

Se evidencia entonces que el instituto cuenta con un sistema de gestión documentado en el pasado, que no se ha actualizado, que no está implementado que no se mantiene y por lo tanto no puede generar mejora continua.

Adicionalmente, la Ley 872 de 2003, **Artículo 2º** Parágrafo 1º. Establece: ***“La máxima autoridad de cada entidad pública tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad que se establezca de acuerdo con lo dispuesto en la presente ley. El incumplimiento de esta disposición será causal de mala conducta.”***

A pesar de lo anterior, el 13 de junio de 2013 se suscribió el contrato de prestación de servicios **13 de 2013**, cuyo objeto de acuerdo con su cláusula primera fue: ***“Contratar la prestación de servicios de apoyo al Instituto Nacional Penitenciario Y Carcelario en la preparación de los funcionarios y la documentación para la auditoria de certificación bajo los criterios de la norma NTCGP 1000:2009 y el modelo estándar de control interno 1000:2005, de acuerdo con la necesidad con que cuenta la Oficina Asesora De Planeación y teniendo en cuenta las especificaciones técnicas, el servicio requerido, y las actividades descritas en el cronograma presentado por el contratista”*** (subrayado fuera de texto).

El cronograma presentado por el contratista planteo un lapso de 10 meses (marzo a diciembre) para la ejecución del proyecto: ***“Fortalecimiento del Sistema Integrado de gestión del Instituto Nacional Penitenciario y carcelario INPEC”***, de acuerdo con el cronograma anexo1 de la oferta económica. No obstante al firmar el contrato el 13 de junio de 2013, se estableció un plazo de hasta el 31 de diciembre del mismo año, no se evidenció ajuste al cronograma anexo a la oferta económica inicial.

En el siguiente cuadro se muestra el conjunto de actividades mencionadas en el cronograma anexo a la oferta económica con las respectivas subactividades y su duración en horas.

FASE	ACTIVIDAD	SUBACTIVIDAD	HORAS
1. Estructura del SIG del INPEC	Identificación de requisitos		8
	Identificación de las características de funcionamiento del INPEC	Identificación de los tipos de establecimientos carcelarios y sus responsables	8
		Identificación de las características de cada ERON	8
		Identificación de las características de las actividades administrativas y de control institucional	6
		Elaboración y presentación de Informe de Diagnóstico	12

FASE	ACTIVIDAD	SUBACTIVIDAD	HORAS	
	Establecimiento del modelo de operación por procesos	Determinación de los procesos de los establecimientos carcelarios	16	
		Establecimiento de los procesos para el control de la operación	8	
		Inclusión del control interno en el modelo de operación por procesos	4	
		Establecimiento de los procesos de dirección	4	
		Validación del modelo de operación por procesos	4	
		Documentación del modelo de operación por procesos	6	
		Adopción del modelo de SIG	5	
		Difusión del modelo de operación por procesos	8	
	Diseño del sistema integral de gestión	Identificación de los componentes del SIG, incluyendo los de control interno	24	
		Identificación de los actores externos del SIG	4	
		Determinación de las interacciones entre los componentes del SIG	8	
		Modelación del SIG	6	
		Validación del SIG	3	
		Adopción del SIG	5	
		Documentación del modelo del SIG	6	
	Total horas fase 1			161
	2. Perfeccionamiento de los componentes del SIG	Componente: Direccionamiento Estratégico Componente: Políticas del Sistema de Gestión	Actualización y validación	34
		Componente: Delegación de la responsabilidad y autoridad	Actualización y validación	16
Componente: Control interno Componente: Evaluación y autoevaluación del control interno y de la gestión		Actualización y validación	64	

FASE	ACTIVIDAD	SUBACTIVIDAD	HORAS
	Componente: Documentación	Actualización de las caracterizaciones de los procesos (Incluye control interno) Actualización de la documentación obligatoria Planificación de los procesos misionales del SIG en el nivel central Actualización de la documentación de los procesos	192
	Componente: medición del SIG		128
	Componente: Gestión del riesgo		80
	Componente: Mejora continua		40
	Difusión de la documentación del SIG		8
	Total horas fase 2		562
	3. Acompañamiento a la certificación del nivel central del INPEC	Auditoría interna	Elaboración del programa de auditorías internas
Elaboración de plan de auditorías internas			4
Realización de auditorías internas			68
Elaboración y presentación de informe de auditorías internas			8
Acompañamiento a planes de mejoramiento			24
Revisión por la dirección		Entrenamiento método de Revisión por la Dirección	2
		Recopilación de información de entrada	12
		Preparación de la Revisión por la Dirección	8
		Realización de la Revisión por la Dirección	12
		Seguimiento a los compromisos de la Revisión por la Dirección	8
Capacitación a los equipos de trabajo		NTCGP 1000:2009 / MECI 1000:2005	4
		Normatividad de la institución	
		Método de autoevaluación de la gestión	1
		Método de autoevaluación del control	1
		Métodos de análisis de la información	1
		Gestión del riesgo	1
Auditoría externa de certificación		Indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad	1
		Acompañamiento en la realización de la auditoria externa de certificación	40
		Acompañamiento a planes de mejoramiento	12
Total horas fase 3		210	
seguimiento o al desarrollo		Reunión de apertura	Determinación de los roles del equipo de trabajo
	Conformación del equipo de trabajo		

FASE	ACTIVIDAD	SUBACTIVIDAD	HORAS
		Elaboración y validación de cronograma detallado de trabajo	
		Lanzamiento del proyecto	2
		Informes de desarrollo del proyecto - Bimestrales	30
		Reuniones de seguimiento -Bimestrales	20
		Total horas fase 4	55
		TOTAL HORAS	988

Según el cuadro anterior el cronograma de la propuesta económica previó un total de 988 horas para el desarrollo del proyecto: *“Fortalecimiento del Sistema Integrado de gestión del Instituto Nacional Penitenciario y carcelario INPEC”*.

Adicionalmente, la cláusula quinta del contrato de prestación de servicios 13 de 2013, por la cual se establece el “valor y forma de pago”, menciona: ***“El valor del contrato será de SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$65.000.000,00) M/CTE. FORMA DE PAGO: El valor del contrato será pagado por el INPEC de conformidad con las normas legales vigentes de la siguiente forma: 1) un primer pago al entregar el modelo de Sistema de Gestión Integrado de INPEC- correspondiente al 30% del valor total del mismo. 2) Un segundo pago al terminar los simulacros de la Auditoria, correspondiente al 30% del valor total del mismo. 3) Un tercer pago al perfeccionar los componentes del Sistema Integrado de Gestión del INPEC asegurando una adecuada descripción e implementación de estos componentes, correspondiente al 30% del valor total del mismo. 4) Un cuarto pago al finalizar el contrato, correspondiente al 10%...”***

El 31 de julio de 2013, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, certifica:

“Que el contratista JAIRO ANGEL GÓMEZ, identificado con la cédula de ciudadanía 10.105.580 de Pereira, cumplió con el objeto del contrato de prestación de servicios No. 13 de 2013, en relación con la entrega del modelo de Sistema de Gestión Integrado del INPEC, dando cumplimiento a lo establecido en el numeral 1 de la cláusula quinta del citado contrato, lo que da lugar al pago de \$19’500.000 correspondiente al 30%”

Sin embargo en el expediente del contrato no reposa información sobre el ***contenido del modelo de sistema de gestión integrado del INPEC***, que entregó el contratista para el primer pago.

Con fecha de recibido 29 de noviembre de 2013, es decir después de **5 meses** de iniciar la ejecución del contrato, se evidencia informe denominado *“Informe No. 1 de supervisión contrato de prestación de servicios contrato No. 13 del 13 de junio de 2013”*, el cual describe el avance en el cumplimiento cada una de las

obligaciones contempladas en el alcance del objeto, en el periodo comprendido entre el **19 de junio al 29 de noviembre de 2013**, de la siguiente manera:

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
a) <i>Elaborar el modelo del Sistema de Gestión Integrado.</i>	100%
b) <i>Perfeccionar los componentes del Sistema de Gestión Integrado, del INPEC, asegurando una adecuada descripción e implementación de estos componentes.</i>	0%
c) <i>Preparar al personal del INPEC para la auditoría interna del Sistema de Gestión.</i>	0%
d) <i>Acompañamiento en la preparación y realización de la Revisión por la Dirección.</i>	
e) <i>Preparar al personal del INPEC para la Auditoría de Certificación.</i>	0%
f) <i>Acompañamiento a la estructuración de Planes de mejoramiento derivados de las Auditorías Internas y de Certificación.</i>	0%
g) <i>Sensibilizar y entrenar a los equipos de trabajo en los métodos y herramientas de gestión diseñadas e implementadas.</i>	0%
h) <i>Acompañar al INPEC en la certificación del Sistema de Gestión Integrado, bajo estándar NTCGP 1000 y MECI 1000:2005</i>	100%

El informe presenta un error al establecer el avance del 100% en el literal h) porque la descripción del avance en el informe indica: “...**No se presenta ningún avance, por parte del contratista Sr. JAIRO ANGEL GOMEZ, por cuanto el acompañamiento al INPEC en la certificación del SGI, solo es posible surtido previamente el perfeccionamiento de los componentes del sistema de gestión integrado del INPEC...**”, (subrayado fuera de texto).

Por otra parte, se evidenció acta modificatoria No.1 y prórroga No. 1 del contrato de prestación de servicios No. 13 de 2013, sin fecha de suscripción, cuya cláusula primera, indica:

“Modificar EL PLAZO DE EJECUCIÓN establecido en el contrato de prestación de servicios No. 13 de 2013 en el sentido de prorrogar el plazo de ejecución por seis meses”.

La cláusula segunda de esta acta modificatoria No. 1, incluye los siguientes cambios al alcance del objeto.

“... ”

ALCANCE DEL OBJETO ORIGINAL	ALCANCE DEL OBJETO AJUSTADO
d) <i>Acompañamiento en la preparación y realización de la Revisión por la Dirección.</i>	d) Realizar acompañamiento en la preparación y realización de un ejercicio de Revisión por la Dirección
e) <i>Preparar al personal del INPEC para la Auditoría de Certificación.</i>	e) Para dar cumplimiento a los literales c y d se adelantarán las siguientes actividades: - Simulacros de auditoría - Capacitaciones a personal de custodia y

ALCANCE DEL OBJETO ORIGINAL	ALCANCE DEL OBJETO AJUSTADO
	vigilancia, Grupo CALIDAD-MECI, dueños de proceso.
f) <i>Acompañamiento a la estructuración de Planes de mejoramiento derivados de las Auditorías Internas y de Certificación.</i>	f) Realizar un procedimiento con instructivo para la elaboración de acciones de mejora producto de los hallazgos de Auditorías, con los respectivos indicadores y ficha técnica (entrega de elementos de apoyo pedagógico).
h) <i>Acompañar al INPEC en la certificación del Sistema de Gestión Integrado, bajo estándar NTCGP 1000 y MECI 1000:2005</i>	<u>Eliminar el literal h</u>

...”, (subrayado fuera de texto).

Asimismo la cláusula tercera del acta modificatoria, incorpora cambios a la forma de pago del contrato de la siguiente manera.

Forma de pago original	Forma de pago ajustada
2) <i>Un segundo pago <u>al terminar los simulacros de la Auditoría</u>, correspondiente al 30% del valor total del mismo.</i>	2) Un segundo pago correspondiente al 30% del valor total del mismo, con la entrega de un procedimiento con instructivo para la elaboración de acciones de mejora producto de hallazgos de Auditoría, complementado con indicadores y ficha técnica. (Entrega de elementos de apoyo pedagógico)
4) <i>Un cuarto pago al finalizar el contrato, correspondiente al 10%...</i>	4) Un cuarto, correspondiente al 10% a la entrega de la lista de chequeo con la cual se evidencie el estado de cumplimiento y certificación del cumplimiento al 100% del contrato.

Vale señalar que para la realización de los cambios definidos en el acta modificatoria No. 1 del contrato 13 de 2013, No se evidenció que se haya revisado las actividades descritas en el cronograma presentado por el contratista en su oferta económica, el cual debía tenerse en cuenta de acuerdo con el objeto del contrato.

Asimismo los cambios incorporados al contrato redujeron el alcance inicial del proyecto, prueba de ello es que al **eliminar el literal h)** del alcance del objeto del contrato original, se le quitó al contratista la responsabilidad de ejecutar 40 horas previstas para el desarrollo de esa actividad según el cronograma de la oferta económica, asimismo el acompañamiento a la estructuración de planes de

mejoramiento contempló 64 horas (24 en auditoria interna y 40 en auditoria de certificación), sin embargo, al **modificar el literal f)** se reemplazó esta actividad por la elaboración de un procedimiento, con instructivo, indicadores y ficha técnica.

A pesar de que los cambios mencionados redujeron el alcance del proyecto: “*Fortalecimiento del Sistema Integrado de gestión del Instituto Nacional Penitenciario y carcelario INPEC*”, el valor del contrato no fue reducido, en concordancia con los mismos.

Por otra parte, el segundo pago del contrato 13 de 2013, inicialmente estuvo condicionado al desarrollo de simulacros de la auditoria y según el cronograma de la oferta económica, en su actividad “auditoria interna”, contemplaba las subactividades:

- Elaboración del programa de auditorías internas
- Elaboración de plan de auditorías internas
- Realización de auditorías internas
- Elaboración y presentación de informe de auditorías internas
- Acompañamiento a planes de mejoramiento

Subactividades que suman un tiempo de ejecución de 107 horas, cuya destinación se cambió a la elaboración de documentación para el sistema de gestión integrado, de acuerdo con el acta modificatoria No. 1, que condicionó el segundo pago al cumplimiento del literal f) ajustado por esta misma acta.

Con fecha de recibido 28 de abril de 2014, es decir después de **10 meses** de iniciar la ejecución del contrato, se evidencia informe denominado “*Informe No. 2 de supervisión contrato de prestación de servicios contrato No. 13 del 13 de junio de 2013*”, el cual describe el avance en el cumplimiento cada una de las obligaciones contempladas en el alcance del objeto, en el periodo del **01 de enero al 25 de abril de 2014**, de la siguiente manera:

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
a) <i>Elaborar el modelo del Sistema de Gestión Integrado.</i>	100%
b) <i>Perfeccionar los componentes del Sistema de Gestión Integrado, del INPEC, asegurando una adecuada descripción e implementación de estos componentes.</i>	0%
c) <i>Preparar al personal del INPEC para la auditoría interna del Sistema de Gestión.</i>	0%
d) <i>Realización de un ejercicio de revisión por la dirección (modificada)</i>	0%
e) <i>Para dar cumplimiento a los literales c y d se adelantarán las siguientes actividades: (modificada)</i> <i>Simulacros de auditoria</i> <i>Capacitación de:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personal de custodia y vigilancia</i> • <i>Grupo CALIDAD-MECI</i> • <i>Dueños de proceso</i> 	10%

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
f) Realizar un procedimiento con instructivo para la elaboración de acciones de mejora producto de los hallazgos de auditorías con los respectivos indicadores y ficha técnica (entrega de elementos de apoyo pedagógico). (modificada)	100%
g) Sensibilizar y entrenar a los equipos de trabajo en los métodos y herramientas de gestión diseñadas e implementadas.	0%

El 26 de marzo de 2014, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de supervisor del contrato 13 de 2013, certifica:

“...que el señor JAIRO ÁNGEL GÓMEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 10.105.580 de Pereira, cumplió con el objeto del contrato de prestación de servicios No. 13 de 2013, correspondiente al 30% del valor del mismo, con la entrega de un instructivo para la elaboración de acciones de mejora producto de hallazgos de Auditorías, complementado con indicadores y ficha técnica, dando cumplimiento a los términos previstos en la Cláusula tercera, numeral segundo de la Prorroga No. 1 del contrato de prestación de servicios...”

Vale la pena señalar que el 30% del valor del contrato es la suma de \$19.500.000 (diecinueve millones quinientos mil pesos).

Con fecha de recibido 8 de agosto de 2014, es decir después de **13 meses** de iniciar la ejecución del contrato, se evidencia informe denominado “Informe No. 3 de supervisión contrato de prestación de servicios contrato No. 13 del 13 de junio de 2013”, el cual describe el avance en el cumplimiento cada una de las obligaciones contempladas en el alcance del objeto, en el periodo del **26 de abril al 07 de julio de 2014**, de la siguiente manera:

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
a) Elaborar el modelo del Sistema de Gestión Integrado.	100%
b) Perfeccionar los componentes del Sistema de Gestión Integrado, del INPEC, asegurando una adecuada descripción e implementación de estos componentes.	42%
c) Preparar al personal del INPEC para la auditoría interna del Sistema de Gestión.	0%
d) Realización de un ejercicio de revisión por la dirección (modificada)	0%
e) Para dar cumplimiento a los literales c y d se adelantarán las siguientes actividades: (modificada) Simulacros de auditoría Capacitación de: <ul style="list-style-type: none"> • Personal de custodia y vigilancia • Grupo CALIDAD-MECI • Dueños de proceso 	20%
f) Realizar un procedimiento con instructivo para la elaboración de	100%

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
<i>acciones de mejora producto de los hallazgos de auditorías con los respectivos indicadores y ficha técnica (entrega de elementos de apoyo pedagógico). (modificada)</i>	
g) <i>Sensibilizar y entrenar a los equipos de trabajo en los métodos y herramientas de gestión diseñadas e implementadas.</i>	0%

Sin fecha de recibido, se evidencia informe denominado “Informe No. 4 de supervisión contrato de prestación de servicios contrato No. 13 del 13 de junio de 2013”, el cual describe el avance en el cumplimiento cada una de las obligaciones contempladas en el alcance del objeto, en el periodo del **8 de julio al 10 de octubre de 2014**, de la siguiente manera:

ALCANCE DEL OBJETO	AVANCE
a) <i>Elaborar el modelo del Sistema de Gestión Integrado.</i>	100%
b) <i>Perfeccionar los componentes del Sistema de Gestión Integrado, del INPEC, asegurando una adecuada descripción e implementación de estos componentes.</i>	91,5%
c) <i>Preparar al personal del INPEC para la auditoría interna del Sistema de Gestión.</i>	0%
d) <i>Realización de un ejercicio de revisión por la dirección (modificada)</i>	0%
e) <i>Para dar cumplimiento a los literales c y d se adelantarán las siguientes actividades: (modificada)</i> <i>Simulacros de auditoría</i> <i>Capacitación de:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personal de custodia y vigilancia</i> • <i>Grupo CALIDAD-MECI</i> • <i>Dueños de proceso</i> 	20%
f) <i>Realizar un procedimiento con instructivo para la elaboración de acciones de mejora producto de los hallazgos de auditorías con los respectivos indicadores y ficha técnica (entrega de elementos de apoyo pedagógico). (modificada)</i>	100%
g) <i>Sensibilizar y entrenar a los equipos de trabajo en los métodos y herramientas de gestión diseñadas e implementadas.</i>	0%

De acuerdo con los avances del cuarto informe posteriormente al plazo fijado por el acta modificatoria No.1 y prórroga No1, el contratista presentó un avance en el literal b) del alcance del objeto del contrato pasando del 42% al 91,5%, según informe presentado por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, en calidad de supervisor del contrato No. 13 de 2013.

En Oficio 8110-OFPLA-001072 del 27 de noviembre de 2014, dirigido a la Subdirectora de gestión Contractual por el supervisor del contrato 13 de 2013, con el asunto: “Liquidación Unilateral Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No 13 de 2013.”, mencionando:

“... de manera atenta y en calidad de Supervisor del contrato del asunto; me permito cuantificar el valor del incumplimiento con el fin de hacer efectivos los amparos de cumplimiento y calidad del servicio, para que se proceda a proyectar el acta de Liquidación así:

Valor: sesenta y cinco millones (\$65.000.000,00) de pesos

Forma de pago: Cuatro pagos distribuidos de la siguiente forma.

	%	Pago	Valor Cancelado	% Incumplimiento	Valor en Pesos
Primer pago	30%	Cancelado	\$ 19.500.000,00		
Segundo pago	30%	Cancelado	\$ 19.500.000,00		
Tercer pago	30%	91.5%	\$ 17.842.500,00	8.5%	\$ 1.657.500,00
Cuarto pago	10%	0%	\$ 6.500.000,00	10%	\$ 6.500.000,00

Sin fecha de suscripción, se evidencia acta de liquidación del Contrato 13 de 2013, en la cláusula 4 de la misma se señala:

“...En caso de que el contratista no firme esta liquidación, o no llegue a un acuerdo, la Entidad liquidará unilateralmente a través de Acto administrativo motivado susceptible de recurso de reposición, por lo cual el CONTRATISTA cuenta con un mes para la firma de la presente Acta, contados a partir de la fecha de citación para la notificación personal de conformidad con el artículo 68 de la Ley 1437 de 2011 del C.P.A.C.A...”

Mediante Oficio 85201-GOCOT- sin consecutivo de fecha 12 de junio de 2015, se evidenció envió de notificación al contratista JAIRO ANGEL GOMEZ, por parte de la Subdirección de Gestión Contractual, con reiteración a través de Oficio 85201-GOCOT-000830 del 12 de agosto de 2015.

Teniendo en cuenta las grandes diferencias entre las actividades presentadas en el cronograma de la oferta económica y las actividades realmente ejecutadas en el contrato 13 de 2013, el cual debía tenerse en cuenta de acuerdo con la cláusula primera del mismo estableció:

“Contratar la prestación de servicios de apoyo al Instituto Nacional Penitenciario Y Carcelario en la preparación de los funcionarios y la documentación para la auditoria de certificación bajo los criterios de la norma NTCGP 1000:2009 y el modelo estándar de control interno 1000:2005, de acuerdo con la necesidad con que cuenta la Oficina Asesora De Planeación y teniendo en cuenta las especificaciones técnicas, el servicio requerido, y las actividades descritas en el cronograma presentado por el contratista” (subrayado fuera de texto).

Se concluye que la ejecución del contrato 13 de 2013 amerita una investigación de orden fiscal de acuerdo con la Ley 610 de 2000, la cual en su artículo sexto establece: ***“Daño patrimonial al Estado. Para efectos de esta ley se entiende por daño patrimonial al Estado la lesión del patrimonio público, representada en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, uso indebido o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado, producida por una gestión fiscal antieconómica, ineficaz, ineficiente, inequitativa e inoportuna, que en términos generales, no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del Estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programa o proyecto de los sujetos de vigilancia y control de las contralorías. Dicho daño podrá ocasionarse por acción u omisión de los servidores públicos o por la persona natural o jurídica de derecho privado, que en forma dolosa o culposa produzcan directamente o contribuyan al detrimento al patrimonio público. El texto subrayado fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-340 de 2007”.***

Corresponde a la Oficina de Control Interno dar traslado de esta situación a la Contraloría General de la Nación, para lo de su competencia.

3.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Manual Técnico MECI 2014, establece en su anexo 1 la responsabilidad compartida del **representante de la dirección** para los siguientes elementos del MECI:

- Acuerdos, compromisos y protocolos éticos
- Desarrollo del talento humano
- Planes, programas y proyectos
- Estructura Organizacional
- Políticas de administración de riesgos
- Contexto Estratégico
- Identificación del riesgo
- Análisis y valoración del riesgo
- Autoevaluación del control y gestión
- Planes de mejoramiento institucional (procesos)
- Ingreso (recepción de información)
- Salida (emisión de información)

3.2.1 Equipo operativo Calidad-MECI

De acuerdo con la Resolución 2389 del 4 de julio de 2012, se indago al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, sobre la manera en que daba cumplimiento del artículo 5 *“Funciones del representante de la Dirección General”*, específicamente a su numeral cinco: ***“5. Supervisar el funcionamiento y operatividad del equipo operativo CALIDAD-MECI”.***

Se indicó que se vienen realizando jornadas de revisión de documentos entre el grupo de Desarrollo Organizacional y cada uno los integrantes del Equipo, sin embargo no se pudo evidenciar que el equipo haya trabajado mancomunadamente, en fechas recientes incumpliendo lo establecido en el artículo 13 de la Resolución 2389 de 2012: “**SESIONES. Las sesiones del Equipo Operativo CALIDAD-MECI pueden ser: 1. Ordinarias: El Equipo Operativo CALIDAD-MECI se reunirá una vez al mes, en fecha y hora establecida por los integrantes de mismo**”, (subrayado fuera de texto).

Teniendo en cuenta que desde la expedición de la Resolución 2389 han transcurrido aproximadamente 32 meses, debería existir igual número de actas de reunión del Equipo Operativo CALIDAD-MECI, lo cual no se pudo evidenciar.

En el artículo 11. De la referida resolución se establece: “**EQUIPO OPERATIVO CALIDAD-MECI: Conformado por un funcionario delegado por los Dueños de los Procesos definidos en el Mapa de Procesos adoptado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario**”, sin embargo de acuerdo con el listado de delegados remitido por la Oficina Asesora de Planeación mediante oficio 8110-OFPLA 00182 del 30 de marzo de 2015, se evidenció que el equipo no se encuentra totalmente conformado debido a la salida de algunos funcionarios, incumpliendo así lo establecido en la Resolución 2389 en su artículo 16, que menciona:

“**ARTÍCULO 16. DESIGNACIÓN Y CAMBIOS DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO OPERATIVO CALIDAD-MECI: En caso de ausencia temporal o absoluta de alguno de los integrantes del Equipo Operativo CALIDAD-MECI, su reemplazo se designará por parte del Director, Subdirector o Jefe de Oficina de acuerdo con las capacidades de liderazgo y conocimiento de la temática específica**”, (subrayado fuera de texto).

Asimismo en el listado enviado por la oficina Asesora de Planeación no se incluye información de la conformación de los equipos CALIDAD-MECI, en cada una de las Regionales del INPEC, no se evidencia cumplimiento a lo establecido en el artículo 17 de la Resolución 2389 que establece:

“**ARTÍCULO 17. CONFORMAR EN LAS DIRECCIONES REGIONALES DEL INPEC, EL EQUIPO OPERATIVO CALIDAD-MECI, el cual estará integrado por el responsable de Planeación de la Regional y cinco (5) funcionarios de los Establecimientos de Reclusión de la jurisdicción, designados por el Director Regional**”.

3.2.2 Equipo de auditores internos MECI-CALIDAD

El párrafo del Artículo 18, que establece: “**Son funciones del Equipo Evaluador las siguientes: 1. Evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad y del**

Modelo Estándar de Control Interno en su conjunto y el desarrollo de las auditorías internas de la calidad..., es decir que no se evidenció realización de auditorías internas de la calidad para el año 2012 y posteriores, teniendo en cuenta que en el año 2011, se destinaron recursos a la capacitación de auditores internos, sin que las personas capacitadas hayan ejercido el rol asignado.

Lo anterior implica que se incumple el numeral 8.2.2 de la Norma NTCGP 1000, que establece: **“La entidad debe llevar a cabo a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad, b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente, y efectiva”**.

Por otra parte el artículo 19 de la Resolución 2389 de 2012, establece: **“ARTÍCULO 19. EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS MECI - CALIDAD. El Representante de la Dirección General para los procesos de implementación del Sistema de Gestión de Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno, designará el equipo auditor, el cual estará integrado por los funcionarios públicos que se hayan capacitado, que cumplan los perfiles y requerimientos establecidos en la misma Norma Técnica NTCGP 1000:2009 para desempeñar dichas funciones”**, (subrayado fuera de texto).

Aunque la Oficina Asesora de Planeación, remitió oficio 8110-OFPLA 00182 del 30 de marzo de 2015 en el cual se anexó la *“Relación de funcionarios – formación auditores ICONTEC 2011”* que es una lista de **17 funcionarios** capacitados en ese año. Teniendo en cuenta que la Resolución 2389 de 2012 es posterior a la capacitación realizada en el año 2011, no se evidenció gestión reciente (2013-2014) para la capacitación de funcionarios como auditores internos, dado que por el tamaño que tiene el INPEC, es necesaria una mayor capacidad de horas auditor para conformar el **“equipo de auditores internos de la calidad”**, que desarrollen sus actividades en los tres niveles organizacionales: central, regionales y ERON.

3.3 COMPONENTES MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

3.3.1 Talento Humano

3.3.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

En lo relacionado con el elemento: *“Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos”*, se encuentra publicado el documento: **“Código de ética y de buen gobierno”** aprobado con la Resolución No 0973 de 2009 y publicado en la Ruta Virtual de la Calidad, sin embargo presenta diferencias en los principios y valores con respecto a los mencionados en el Plan Estratégico 2011-2014 publicado en la Página WEB del INPEC, situación que indica falta de integridad de la información en el sistema de control interno, a continuación se muestran las dos versiones.

	Código de ética 2009	Direccionamiento Estratégico 2011 – 2014
Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Justicia • Las acciones de los servidores del INPEC podrán ser de conocimiento general • Ética pública, como base del servicio a cargo del Instituto y sus servidores • Cooperación institucional, mediante la aplicación e integración de los procesos y establecidos de forma transversal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto, fundamento de las relaciones interpersonales • Justicia, garante de la inviolabilidad de los derechos • Ética pública, soporte de las actuaciones de los servidores del INPEC.
Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Dignidad Humana • Justicia • Transparencia • Compromiso • Solidaridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Dignidad humana • Lealtad • Transparencia • Compromiso institucional • Solidaridad

Se evidencia el incumplimiento del numeral 4.2.3, literal c) de la norma NTCGP 1000 que establece: “**asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos**”, (subrayado fuera de texto).

En aras de actualizar el código de ética del INPEC, se realizó una propuesta metodológica para la revisión y formulación de un nuevo código de ética, la cual fue presentada mediante Oficio 8100-OFPLA -00800 del 14 de agosto de 2014, a la Dirección General del instituto.

Mediante la Resolución 006082 de 31 de diciembre de 2012, “*Por la cual se deroga la Resolución 11037 del 31 de octubre de 2007 y se conforma el Comité de Ética y de Buen Gobierno en el INPEC*”, se estableció, en su artículo 3, entre otras la siguiente función: “...

8. Hacer seguimiento y evaluar los resultados del proceso de implantación de la Gestión Ética ante conflictos éticos que involucren a servidores públicos del INPEC...”

No obstante, no se evidenció, que el Comité de Ética y Buen Gobierno haya realizado actividades en el año 2014, con el fin de implantar la gestión ética del

instituto, tan solo se obtuvo conocimiento de la sesión del día 4 de noviembre de 2014, según acta 0001, en la cual se desarrolló la siguiente agenda:

- La Formulación de un nuevo código de ética del INPEC, que incluye revisión de antecedentes institucionales, marco normativo y reglamentario para su construcción y presentación de la propuesta metodológica para la formulación del Código de ética.
- Estudio de propuestas y recomendaciones del Comité de ética.
- Definición de procedimiento y términos para la formulación del Código de Ética y asignación de responsables.

La Resolución 006082, establece en su artículo cuarto: “**Reuniones. El Comité de Ética y Buen Gobierno se reunirá ordinariamente cada (3) tres meses y de manera extraordinaria cada vez que el Director General así lo requiera. De las reuniones se dejará acta respectiva, la cual será elaborada por el secretario del Comité de Ética y Buen Gobierno**”

Asimismo la citada Resolución establece en su artículo quinto: “**Secretario del Comité de Ética y Buen Gobierno. Actuará como Secretario del Comité de Ética y Buen Gobierno el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación**”, (subrayado fuera de texto).

Adicionalmente el artículo sexto establece entre otras las siguientes funciones del secretario del Comité de Ética y Buen Gobierno: “...

1. **Convocar y participar en las reuniones del Comité de Ética y Buen Gobierno...**
4. **Rendir Informe trimestral al Comité de Ética y Buen Gobierno acerca de las actividades y el desarrollo de la Gestión Ética...**”.

Se evidenció que el Comité de ética y Buen Gobierno no se reúne con la periodicidad establecida en la Resolución 006082, dado que desde la fecha de su conformación han transcurrido **9 trimestres**, y debería existir la misma cantidad de actas, no se evidenció que el secretario del comité lo haya convocado durante el año 2013. Lo anterior indica que el Comité no cumple las funciones establecidas en la Resolución 006082, por tal motivo el Secretario no ha rendido los **informes trimestrales acerca de la gestión ética**, como lo establece el artículo sexto en su numeral 4, ibídem.

3.3.1.2 Desarrollo del Talento Humano

La Resolución 156 del 29 de octubre de 2014 “*Por medio de la cual se aprueba el programa de Inducción y Reinducción para el personal del instituto nacional penitenciario y carcelario – INPEC*”, fue expedida por el Director encargado de la Escuela Penitenciaria Nacional.

La Ley 87 de 1993 en su artículo 4, establece: “**Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos**”

debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:”, y entre otros cita: “...***d. Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad... k. Establecimiento de programas de inducción, capacitación y actualización de directivos y demás personal de la entidad***”.

Adicionalmente, la Resolución 571 del 7 de marzo de 2013, asigna al cargo “Director Técnico” del área: “Dirección de Escuela de Formación”, la función esencial: “***Liderar la formulación de políticas institucionales en materia de inducción, formación, capacitación y actualización del personal de atención y tratamiento, y de custodia y vigilancia***”.

De acuerdo con el alcance del programa de inducción y reinducción adoptado en octubre de 2014, y lo establecido en el Ley 87 de 1993, y en la Resolución interna 571 de 2013, corresponde a la Dirección General y no al Director de la Escuela Penitenciaria Nacional, el establecimiento del Programa de inducción y reinducción; es decir que el director de la Escuela Nacional Penitenciaria en este caso ha excedido las funciones asignadas a su cargo.

Adicionalmente, la Resolución 2122 de 2012 en su artículo 85, asigna al Grupo de Prospectiva de la Dirección de Talento Humano, la función: “***8. Coordinar, con la Dirección Escuela de Formación, el diseño y desarrollo de los programas de inducción y reinducción de acuerdo con los lineamientos institucionales***”.

Sin embargo el “Programa de Inducción y Reinducción para el personal del instituto nacional penitenciario y carcelario – INPEC” no evidencia la revisión de la Subdirección de Talento Humano, teniendo en cuenta que la inducción y reinducción desarrollada en enero 21, 22 y 23 de 2015, no contó con los requisitos establecidos en el Decreto 1567 de 1998 que menciona:

“CAPÍTULO II Inducción y Reinducción, Artículo 7º.- Programas de Inducción y reinducción. Los planes institucionales de cada entidad deben incluir obligatoriamente programas de inducción y de reinducción, los cuales se definen como procesos de formación y capacitación dirigidos a facilitar y a fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional, a desarrollar en éste habilidades gerenciales y de servicio público y suministrarle información necesaria para el mejor conocimiento de la función pública y de la entidad, estimulando el aprendizaje y el desarrollo individual y organizacional, en un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo. Tendrán las siguientes características particulares:

- a. Programa de Inducción. Es un proceso dirigido a iniciar al empleado en su integración a la cultura organizacional durante los cuatro meses siguientes a su vinculación. El aprovechamiento del programa por el empleado vinculado en período de prueba deberá ser tenido en cuenta***

en la evaluación de dicho período. Sus objetivos con respecto al empleador son:

- 1. Iniciar su integración al sistema deseado por la entidad, así como el fortalecimiento de su formación ética.*
- 2. Familiarizarlo con el servicio público, con la organización y con las funciones generales del Estado.*
- 3. Instruirlo acerca de la misión de la entidad y de las funciones de su dependencia, al igual que sus responsabilidades individuales, sus deberes y derechos.*
- 4. Informarlo acerca de las normas y las decisiones tendientes a prevenir y a reprimir la corrupción, así como sobre la inhabilidades e incompatibilidades relativas a los servidores públicos.*
- 5. Crear identidad y sentido de pertenencia respecto de la entidad;*
 - a. Programas de Reinducción. Está dirigido a reorientar la integración del empleado a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en cualquiera de los asuntos a los cuales se refieren sus objetivos, que más adelante se señalan. Los programas de reinducción se impartirán a todos los empleados por lo menos cada dos años, o antes, en el momento en que se produzcan dichos cambios, e incluirán obligatoriamente un proceso de actualizaciones acerca de las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y de las que regulan la moral administrativa. Sus objetivos específicos son los siguientes:*
 - 1. Enterar a los empleados acerca de reformas en la organización del estado y de sus funciones.*
 - 2. Informar a los empleados sobre la reorientación de la misión institucional, lo mismo que sobre los cambios en las funciones de las dependencias y de su puesto de trabajo.*
 - 3. Ajustar el proceso de integración del empleado al sistema de valores deseado por la organización y afianzar su formación ética.*
 - 4. Fortalecer el sentido de pertenencia e identidad de los empleados con respecto a la entidad.*
 - 5. A través de procesos de actualización, poner en conocimiento de los empleados las normas y las decisiones para la prevención y supresión de la corrupción, así como informarlos de las modificaciones en materia de inhabilidades e incompatibilidades de los servicios públicos.*
 - 6. Informar a los empleados acerca de nuevas disposiciones en materia de administración de recursos humanos”, (subrayado fuera de texto).*

Asimismo, la circular Externa Número 100-07 del 16 de diciembre de 2010, dirigida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a los jefes de recursos humanos o quien haga sus veces de entidades nacionales y territoriales,

establece: “**Los programas de Inducción y reinducción deberán contener, entre otros, los siguientes temas:**

- **El derecho de acceso a la información: normatividad y jurisprudencia nacional e internacional**
- **Información pública y de reserva**
- **Manejo ético de la información**
- **La situación del acceso a la información en Colombia**
- **Mecanismos para el acceso a la información y limitaciones**
- **Características de Calidad de la información pública**
- **Experiencias de acceso a la información y nuevas tecnologías**
- **Inhabilidades e incompatibilidades y normas que riñen contra la moral pública”**

Es decir que los asuntos: **Formación ética, Prevención de la corrupción, derecho de acceso a la información y manejo ético de la información**, (arriba subrayados), no fueron incluidos en el cronograma “Biblioteca EPN enero 21, 22 y 23 de 2015”, incumpliendo así lo establecido en el decreto y circular externa referidos, lo anterior teniendo en cuenta que el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es el Secretario del Comité de Ética y de Buen Gobierno y que este comité según el numeral 11 del artículo 3 de la resolución 6082 de 2012, tiene la función de: “**Promover la realización de acciones formativas y comunicativas en torno a las prácticas éticas en las diferentes dependencias de la entidad**”, de acuerdo con el numeral 11 del artículo 3 de la Resolución 006082 del 31 de diciembre de 2012.

3.3.2 Direccionamiento Estratégico

Se evidenció que existe informe de gestión 2011-2014, que permite establecer el grado de cumplimiento de los diferentes ejes y objetivos estratégicos trazados por el INPEC para este periodo, el nuevo Plan de Direccionamiento Institucional del cuatrienio 2015-2018, está en elaboración dado que al momento de la auditoría estaba en aprobación el Plan de Nacional de Desarrollo.

3.3.2.1 Planes, programas y proyectos

3.3.2.1.1 Plan de Direccionamiento Estratégico del INPEC 2011 – 2014

Fue revisado el Plan de Direccionamiento Estratégico del INPEC 2011 – 2014 respecto al seguimiento que debe realizar la Oficina Asesora de Planeación a las metas cuatrienales allí establecidas, se evidenció que el seguimiento se realiza mediante una matriz en Excel formulada y denominada “Plan Estratégico y vigencia 2014”, allí se registran los avances informados por las dependencias responsables, por tratarse de un alto volumen de información, se realizó un muestreo aleatorio que permitió evidenciar las siguientes situaciones:

- a) (Pag. 159 del Informe de seguimiento al Plan estratégico 2011-2014) Con respecto al indicador: “Numero de ERON con modulo manejo de dinero implantado” definido para la meta de producto “Implantar el módulo de manejo de dinero en 5 ERON”, lo ejecutado durante el 2013 fue de **139** módulos y lo proyectado fue de **0** módulos obteniendo según el informe, un cumplimiento del **2.780%**, porcentaje que no corresponde, porque al dividir un valor entre cero, matemáticamente se genera una indeterminación; adicionalmente a ello, el valor que se presenta (139) como ejecutado para el año 2013, no fue proyectado para esta misma vigencia, evidenciando con ello deficiencias en la planeación de lo proyectado para el cuatrienio (2011-2014).

Esta situación se repite en la meta “Desarrollar programas orientados a brindar asistencia espiritual y religiosa a 40 funcionarios del Instituto e internos, velando por el respeto a la libertad de cultos y el cumplimiento de la normatividad vigente”, dado que lo ejecutado durante el 2014 fue de **1.467** internos con apoyo de asistencia espiritual y lo proyectado fue de **0** internos con apoyo de asistencia espiritual obteniendo un cumplimiento del **69%**, porcentaje que no corresponde, porque como ya se dijo al dividir un valor entre cero, se genera una indeterminación; adicionalmente a ello, el valor que se presenta (**1.467**) como ejecutado para el año 2014, no fue proyectado para esta vigencia.

- b) “**Incremento del 13% en la rentabilidad de los proyectos productivos intervenidos**”, esta meta presenta en la vigencia 2012 un resultado del **mil por ciento (1000%)**, en la vigencia 2013 **quinientos treinta y ocho por ciento (538%)**, y en la vigencia 2014 **ciento cincuenta y seis por ciento (156%)**, pero en el acumulado del cuatrienio (2011-2014) se presenta una cifra del **cien por ciento (100%)**, en la metodología establecida dentro del informe no quedo contemplado este tipo de ajuste.

El Plan de Direccionamiento Estratégico 2011 - 2014 se encuentra publicado en la página web institucional junto con los respectivos Informes de seguimientos.

En lo que compete al Plan de Direccionamiento Estratégico del INPEC 2015 – 2018, se verificó que en Acta 011 titulada “**Dirección General Reunión Comité de Coordinación**” de enero 25 de 2015, se presentó la metodología para la elaboración del Plan de Direccionamiento Estratégico 2015-2018.

Las Direcciones Regionales participaron de la socialización de la metodología para elaboración del Plan de Direccionamiento Estratégico, el 17 de marzo de 2015 de acuerdo con el Acta 077 de esta misma fecha y a los Establecimientos de Reclusión se dio a conocer la metodología, a través de videoconferencias realizadas en noviembre de 2014. El equipo auditor pudo constatar que el Plan de Direccionamiento Estratégico del INPEC 2015 – 2018 se encuentra en formulación siguiendo para ello el contenido metodológico que fue definido, el cual comprende:

Un cronograma para su formulación, etapas para su formulación y aprobación, una parte estratégica y una parte financiera, según la metodología del DNP.

Existe procedimiento: “*Formulación y Seguimiento al Plan de Direccionamiento Estratégico y Plan de Acción Institucional PE-PI-P02*” versión 01 del 19 de enero de 2015 y guía “*Guía metodológica para la formulación, elaboración y seguimiento a Planes Institucionales PE-PI-G02*” aprobada en la misma fecha, los cuales fueron aprobados mediante Resolución 110 de 2015. El artículo primero de esta resolución menciona “**...Aprobación. Aprobar y adoptar, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento Norma Fundamental del Sistema de gestión de la calidad del INPEC, los documentos de aplicación general, como se describen a continuación:**

PROCESO	CÓDIGO	NOMBRE DOCUMENTO	APLICACIÓN
<i>Planificación Institucional</i>	<i>PE-PI-P02 V01</i>	<i>Procedimiento Formulación y Seguimiento al Plan de Direccionamiento Estratégico y Plan de Acción</i>	<i>General</i>
	<i>PE-PI-G02 V01</i>	<i>Guía Metodológica para la Formulación, Evaluación y Seguimiento a Planes Institucionales</i>	<i>General</i>
	<i>PE-PI-G03 V01</i>	<i>Guía para la Gestión de la Doctrina Institucional</i>	<i>General</i>

...”

Es decir se cita el procedimiento “*Norma Fundamental del Sistema de gestión de la calidad del INPEC*” el cual fue anulado mediante **Resolución 4586A** de noviembre de 2014, lo cual indica falta de revisión de la Resolución 110 de 2015 (ver numeral 3.3.2.1.1 de este informe).

3.3.2.1.2 Planes SIOPEC

Los planes SIOPEC (Sistema Operativo Penitenciario y Carcelario) fueron elaborados con 24 planes que abarcan 5 factores (Atención y Tratamiento, Seguridad Penitenciaria y Carcelaria, Gestión Institucional Jurídica y Defensa, Talento Humano y Formación Penitencia, Planes Transversales), teniendo en cuenta las Responsabilidades que le corresponde a la Oficina Asesora de Planeación, se solicitó específicamente información sobre el Plan de Reintegración y el Plan de Deshacinamiento, observando lo siguiente:

- a) Al verificar la divulgación de los informes de seguimiento a los Planes SIOPEC, se evidenció en la página web Institucional, que el último seguimiento es a junio 12 de 2014, ante esta situación el auditado argumentó que los informes tenían corte a diciembre 31 de 2014, y que todo correspondía a un error de la información, al ser nuevamente verificado se observó que la fecha de publicación de estos informes corresponde al 12 de

septiembre de 2014, se evidencia que los informes tienen corte del mes de septiembre 2014 y no del mes diciembre de 2014, sin embargo el auditado presentó una matriz de seguimiento a los Planes SIOPEC con seguimientos trimestrales a 31 de diciembre de 2014.

- b) Los Planes SIOPEC fueron aprobados mediante Resolución 025 del 2 de enero de 2014, en la cual se aprobó también la actualización al Plan de Direccionamiento Estratégico 2011 – 2014.

3.3.2.1.3 Plan de Acción o Plan Operativo Anual

Se realizó verificación del Plan de Acción vigencia 2015, evidenciándose lo siguiente:

- a) El Plan de Acción Institucional 2015 se aprobó mediante Acta 012 del 28 de Enero de 2015 “Dirección General Comité de Coordinación”, sin la firma del Señor Director del INPEC, aunque el documento da cuenta de su asistencia. La adopción del plan se hizo mediante este acto administrativo según lo establecido en la *“Guía metodológica para la formulación, elaboración y seguimiento a Planes Institucionales.”*
- b) Adicionalmente el procedimiento *“Formulación y Seguimiento al Plan de Direccionamiento Estratégico y Plan de Acción Institucional”* establece que la responsabilidad de la aprobación y adopción del Plan de Acción Institucional es del **Comité Institucional de Desarrollo Administrativo**.
- c) Se evidencia contradicción en la instancia que debe adoptar el Plan de Acción Institucional, dado que la guía asigna la responsabilidad al Director del INPEC, mientras que en el procedimiento se establece que la adopción y la aprobación es responsabilidad del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, grupo de trabajo en el cual no tiene asiento el Director de la institución y si el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación con dos coordinadores de grupo, situación que le resta imparcialidad a las decisiones.
- d) La Oficina Asesora de Planeación apoyo la formulación del Plan de Acción 2015 a través de asesoría a las diferentes dependencias de la Sede Central, para la formulación de las metas que hacen parte del mencionado plan, siguiendo un cronograma de mesas de trabajo para tal fin.
- e) El Plan de Acción 2015, presentado por las dependencias del INPEC, sede Central, fue objeto de la revisión y la aprobación respectiva por parte de la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de garantizar que los productos y actividades propuestas para la vigencia 2015, en el Plan de Acción Institucional, apunten al cumplimiento de los objetivos y lineamientos estratégicos definidos por la institución en el Direccionamiento Estratégico (2011-2014).

El Artículo 74 de la Ley 1474 de 2012 establece: ***“A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las***

estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.

A partir del año siguiente, el Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior, (subrayado fuera de texto).

Se evidenció que la divulgación y publicación del Plan de Acción vigencia 2015, en la página web, fue realizada el 31 de enero de 2015, y también se publicó el informe de gestión del año 2014.

3.3.2.1.4 Proyectos de Inversión

Mediante Resolución 004479 del 20 de noviembre de 2014, se crea el Banco de Proyectos y Programas de Inversión del INPEC, y en su artículo tercero se determina “...En atención a la **administración del Banco de Programas y proyectos de inversión del INPEC**, se establecen para la oficina Asesora de Planeación, las siguientes funciones:...” entre otras se citan:

2. ***Participar en el proceso de definición de los procedimientos que garanticen el correcto funcionamiento del Banco de Programas y Proyectos de Inversión como herramienta de apoyo al proceso de planeación, programación de inversiones y evaluación de la gestión institucional.***
3. ***Difundir a nivel nacional, sedes regionales y ERON la información sobre metodologías para formular proyectos y sobre los procedimientos relacionados con el funcionamiento del Banco de Programas y Proyectos...***, (subrayado fuera de texto).

Asimismo el artículo once, ibídem establece: “***Documentación. El Banco de Programas y Proyectos de Inversión del INPEC, contará con un manual operativo que se diseñará e implementará dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición del presente acto administrativo (diseño de normas, procedimientos para la radicación, calificación de viabilidad, registro, establecimiento de criterios de priorización de los proyectos y la programación de inversiones, los manuales de metodologías (identificación, formulación y evaluación de proyectos y para el seguimiento a las inversiones y la evaluación de resultados) y todos aquellos procedimientos necesarios para asegurar el funcionamiento del referido banco.*** (subrayado fuera de texto).

En relación con los artículos citados, se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación no ha participado en la definición de procedimientos relacionados con la formulación de proyectos de inversión, asimismo aunque el auditado manifestó su intención de que el INPEC acoja la metodología del Departamento Nacional de

Planeación, no se evidencia que se haya realizado gestión o divulgación, para tal fin con las Regionales o los ERON, incumpliendo las funciones arriba citadas, porque el manual operativo además de las metodologías, debe establecer procedimientos necesarios que aseguren el funcionamiento del Banco de Programas y Proyectos del INPEC, lo anterior teniendo en cuenta que el plazo para esta actividad finalizó el **20 de febrero de 2015**.

3.3.2.2 Modelo de operación por procesos

Se evidenció que existen caracterizaciones de 16 procesos de acuerdo con el mapa de procesos aprobado el 30 de octubre de 2014 mediante Resolución 4142 del 30 de octubre de 2014.

La circular 6 de 2005, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, recalca que: “...**4. Las entidades que ya tengan o estén en proceso de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en uno o varios procesos con base en las Normas Técnicas ISO 9001: 2000 podrán utilizar su Sistema de Gestión de la Calidad existente, para adaptarlo a los requerimientos de la NTCGP 1000:2004, conforme lo establece el numeral 1.3 de la citada norma. No obstante lo anterior, se debe tener en cuenta que conforme lo establece el artículo 1º de la Ley 872 de 2003, el Sistema de Gestión de la Calidad se debe implementar en todos los procesos de la entidad de manera integral...”.**

Aplicar el enfoque por procesos, implica que la información y la comunicación fluyen de manera precisa porque se conoce bien la responsabilidad de cada quien en las diferentes etapas de estos. Es erróneo afirmar que la elaboración de un mapa de procesos y sus caracterizaciones, evidencie una operación por procesos, esa labor es tan solo el punto de partida, ya que para lograr que la entidad opere por procesos se requiere además la aplicación del ciclo PHVA (ver numeral 1.1 “generalidades” de la norma NTCGP 1000, en especial su nota 3).

Adicionalmente, la Resolución 571 del 7 de marzo de 2013 (página 74), asigna al cargo Jefe de Oficina, del área: Oficina Asesora de Planeación, la función esencial de: “**Liderar y asesorar en la implementación y en el mejoramiento de los procesos y procedimientos con el fin de racionalizar la gestión y los recursos del INPEC de acuerdo con el Sistema Integrado de Gestión**”, (subrayado fuera de texto).

En el transcurso de la auditoria, se observó que la Oficina Asesora de Planeación se encuentra enfocada a la asesoría y no da alcance al liderazgo, teniendo en cuenta que no se evidenció la consolidación de la información para la evaluación del sistema de **manera permanente**, y comunicación sobre los resultados de este, a la Dirección General, en concordancia con la función 5, asignada por la Resolución 571 al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación: “**Consolidar y presentar a la Dirección General la información sobre resultados de la gestión interna...**”.

3.3.2.3 Estructura organizacional

El INPEC cuenta con una estructura organizacional establecida a través del Decreto 4151 del 03 de noviembre de 2011, y conformación de grupos de trabajo a través de la Resolución interna 2122 de 2012; sin embargo no se guarda correspondencia entre los cargos de Directores, Subdirectores o Jefes de cada una de las dependencias y los líderes de los procesos, en el entendido que tan solo algunos cargos con autoridad en cada dependencia tienen asignado el rol de dueño de proceso individual, de acuerdo con cada una de las caracterizaciones de los procesos, es decir no se cuenta con una relación completa entre la estructura organizacional y los procesos definidos por la Resolución 4142 del 30 de octubre de 2014, situación que se muestra en la siguiente tabla.

No.	DEPENDENCIAS	¿Dueño de proceso?	Observación
1	DIRECCION GENERAL	NO	
2	Grupo Atención al Ciudadano	SI	La única coordinación de Grupo dueña de proceso
3	Grupo DDHH	NO	
4	Grupo Relaciones Internacionales	NO	
5	Grupo Relaciones Publicas y Protocolo	NO	
6	Grupo Apoyo Espiritual	NO	
7	Grupo de Prospectiva	NO	
8	Grupo Asuntos Penitenciarios	NO	
9	Oficina Asesora de Planeación	SI	
10	Grupo Estadística	NO	
11	Grupo Planeación Estratégica	NO	
12	Grupo Desarrollo Organizacional	NO	
13	Grupo Programación Presupuestal	NO	
14	Oficina Asesora Jurídica	SI	
15	Grupo derechos de petición	NO	
16	Grupo Jurisdicción Coactiva	NO	
17	Grupo Tutelas	NO	
18	Grupo Recursos y Conceptos	NO	
19	Oficina Asesora de Comunicaciones	SI	
20	Grupo Comunicación Organizacional	NO	
21	Grupo Comunicaciones Publicas	NO	
22	Oficina Sistemas de Información	SI	
23	Grupo Administración de la Información	NO	
24	Grupo Administración de las Tecnologías de la Información	NO	
25	Grupo Proyección e implementación	NO	

No.	DEPENDENCIAS	¿Dueño de proceso?	Observación
	tecnológica		
26	Oficina de Control Interno	SI	
27	Grupo Acompañamiento y Asesoría	NO	
28	Grupo Evaluación y Seguimiento	NO	
29	Grupo Relación con Entes Externos	NO	
30	Oficina de Control Interno Disciplinario	SI	
31	Grupo Investigaciones Disciplinarias	NO	
32	Grupo Prevención	NO	
33	Grupo Secretaria Común	NO	
34	Dirección de Custodia y Vigilancia	SI	
35	Centro de Reclusión Penitenciario y Carcelario Virtual	NO	
36	Subdirección Cuerpo de custodia	NO	
37	Grupo Proyección	NO	
38	Cuerpo de Custodia	NO	
39	Grupo Servicio Militar	NO	
40	Subdirección Seguridad y Vigilancia	NO	
41	Grupo Operativos Especiales	NO	
42	Grupo Policía Judicial	NO	
43	Grupo Seguridad Penitenciaria y Carcelaria	NO	
44	Direcciones Regionales	NO	
45	Establecimientos de Reclusión	NO	
46	Dirección de Atención y Tratamiento	SI	
47	Grupo de Reintegración	NO	
48	Subdirección de Atención en Salud	NO	
49	Grupo Alimentación	NO	
50	Grupo Aseguramiento en Salud	NO	
51	Grupo Salud Pública	NO	
52	Grupo Servicios de Salud	NO	
53	Subdirección Atención Psicosocial	NO	
54	Grupo Atención Social	NO	
55	Grupo Tratamiento Penitenciario	NO	
56	Subdirección de Educación	NO	
57	Grupo Educación Penitenciario y Carcelario	NO	
58	Grupo Formación para el trabajo y el desarrollo Humano	NO	
59	Grupo Promoción Cultural Deportiva y Recreativa	NO	
60	Subdirección desarrollo de actividades productivas	NO	
61	Grupo de Actividades Ocupacionales	NO	

No.	DEPENDENCIAS	¿Dueño de proceso?	Observación
62	Grupo de Actividades Productivas	NO	
63	Grupo Gestión Comercial	NO	
64	Dirección Escuela de Formación	SI	
65	Subdirección secretaria Académica	NO	
66	Grupo Administración de los Recursos	NO	
67	Grupo Bienestar Estudiantil	NO	
68	Grupo Registro y Control	NO	
69	Subdirección Académica	NO	
70	Grupo Educación continuada	NO	
71	Grupo Educación virtual y a distancia	NO	
72	Grupo Formación Profesional	NO	
73	Grupo Investigación Penitenciaria	NO	
74	Grupo Mediaciones Pedagógicas	NO	
75	Dirección Gestión Corporativa	SI	
76	Grupo Gestión Documental	NO	
77	Grupo Presupuesto	NO	
78	Grupo Tesorería	NO	
79	Grupo Contable	NO	
80	Grupo Logístico	NO	
81	Grupo Manejo de Bienes e inmuebles	NO	
82	Subdirección Gestión Contractual	NO	
83	Grupo Precontractual	NO	
84	Grupo Contratos	NO	
85	Subdirección de Talento Humano	SI	La única subdirección dueña de proceso
86	Grupo Administración de hojas de vida	NO	
87	Grupo Administración del Talento Humano	NO	
88	Grupo Asuntos Laborales	NO	
89	Grupo Bienestar Laboral	NO	
90	Grupo Nomina	NO	
91	Grupo Prestaciones Sociales	NO	
92	Grupo Prospectiva del Talento Humano	NO	
93	Grupo Salud Ocupacional	NO	
94	Grupo Seguridad Social	NO	

En resumen, aunque existen 16 procesos identificados en el INPEC, hay tan solo 12 dueños de proceso, de los cuales tres (3) son Directores, seis (6) son Jefes de Oficina, uno (1) es Subdirector y (1) uno es Coordinador de Grupo. Llama la atención que estos dos últimos son de un nivel jerárquico diferente al resto de dueños de proceso, lo anterior evidencia que el Sistema de Gestión de la Calidad,

de acuerdo con sus caracterizaciones de proceso, tiene una alta concentración de autoridad en unos pocos cargos, y deja sin asignar autoridad a la gran mayoría de las dependencias, que conforman la estructura organizacional vigente y adicionalmente las caracterizaciones de procesos, no relacionan a las Direcciones Regionales y a los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional.

En concordancia con lo expuesto y la función dos (2), asignada por el artículo 9 de la Resolución 2122 de 2012 al Grupo de Desarrollo Organizacional: **“2. Orientar la adopción, en el Instituto, de los estándares y lineamientos de desconcentración funcional que emite el Gobierno nacional, y evaluar su implementación”**. Es pertinente que se revise la responsabilidad de cada uno de los cargos de la estructura general del INPEC, frente a los procesos identificados de acuerdo con el anexo 4 el Manual Técnico MECI 2014, que establece para el elemento “Estructura Organizacional”, el “Producto Mínimo”: **“Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad”**. Requisito este que no se puede cumplir hasta que se identifique la relación entre la estructura organizacional y los procesos del INPEC, la cual de acuerdo con las caracterizaciones vigentes no se encuentra completamente definida.

3.3.2.4 Indicadores de Gestión

Con el fin de realizar un análisis amplio de los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, la Oficina de Control Interno, desarrolló la siguiente tabla:

No.	Proceso	Tipo de indicador			TOTAL	Metas	Indicadores sin meta
		EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD			
1	Planificación Institucional	2	0	1	3	3	0
2	Comunicación Estratégica	4	0	2	6	6	0
3	Derechos humanos y atención al cliente	2	1	2	5	4	1
4	Seguridad Penitenciaria y Carcelaria	6	2	3	11	1	10
5	Atención Social	4	3	3	10	7	3
6	Tratamiento Penitenciario	6	4	1	11	0	11
7	Directrices jurídicas del régimen penitenciario y carcelario	5	1	1	7	4	3

No.	Proceso	Tipo de indicador			TOTAL	Metas	Indicadores sin meta
		EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD			
8	Gestion del Talento Humano	5	0	0	5	5	0
9	Gestión del Conocimiento Institucional	0	0	0	0	0	0
10	Gestión de Tecnología e Información	8	1	0	9	9	0
11	Gestion Financiera	4	0	2	6	3	3
12	Gestion Disciplinaria	5	0	0	5	5	0
13	Logística y Abastecimiento	5	0	1	6	0	6
14	Gestión Documental	6	0	1	7	2	5
15	Gestion Legal	3	1	0	4	1	3
16	Control Interno	6	0	1	7	0	7
	Total	71	13	18	102	50	52

Los datos de la tabla evidencian que existen publicados en la Ruta Virtual de la Calidad, un total de **102** indicadores de gestión de los cuales **52** no tienen establecida una meta, es decir no son medibles. También se observa que el proceso: “*Gestión del Conocimiento Institucional*”, no cuenta con indicadores publicados, y que **9** de los **16** procesos vigentes no cuentan con indicadores de eficiencia, incumpliendo así lo establecido en el numeral 4.1 literal c) de la norma NTCGP 1000 “**...Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes...**”

Teniendo en cuenta que el Decreto 4151 de 2011, en su artículo 9 asigna a la Oficina Asesora de Planeación, la función 5: “**Diseñar, implementar y verificar los indicadores de gestión, producto e impacto de la entidad y hacer el seguimiento a los mismos**”, se evidencia el incumplimiento de esta función, dado que las metas en los indicadores de gestión son una variable fundamental para su medición, es decir que la labor de la Oficina Asesora de Planeación no debe limitar a la publicación de matrices de indicadores en la Ruta Virtual de la Calidad, sino que estas deben ser sometidas a las revisiones y verificaciones que garanticen el cumplimiento de la metodología establecida por el instituto a través del “*Manual diseño de Indicadores de gestión MNEI 006-13*” asimismo es necesario que esta oficina realice el seguimiento a la medición de los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo con la función asignada por el Decreto 4151 de

2011, en su artículo noveno, numeral 4, que indica: “**Consolidar y analizar la información estadística e indicadores de gestión de la Entidad y mantenerla actualizada**”, (subrayado fuera de texto).

Lo anterior a pesar de que la Oficina Asesora de Planeación hace seguimiento a los indicadores de los planes de acción, sin embargo no existe armonización entre estos indicadores y los indicadores de las matrices anexas a las caracterizaciones, para conocer la proporción que cada uno de estos aportan a la medición de la eficacia, eficiencia y efectividad de cada proceso.

El numeral 8.2.3 “*seguimiento y medición de los procesos*” de la Norma NTCGP 1000, establece: “**los métodos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas, y los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas u otros medios con los que se cuente**”, no se evidencia que los mecanismos existentes para el seguimiento y medición de los procesos se hayan armonizado para facilitar el seguimiento por parte de los clientes y partes interesadas.

3.3.2.5 Políticas de operación

Las políticas de operación de una entidad, de acuerdo con el Manual técnico MECI 2014 (página 56), corresponden al Manual de la Calidad y a los procedimientos del instituto, como se mencionó en el numeral 3.1.1, de este informe el Manual de la Calidad MNC-001-08-V02 del INPEC, fue aprobado en el año 2008, sin embargo se evidencia que el Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, se encuentra desactualizado, teniendo en cuenta que:

- a) El numeral 4.1.1 (página 14) refiere: “...***Planificación. El presente Manual de Calidad se documentó de acuerdo con la Norma Técnica de Calidad en el Gestión Pública NTC GP 1000:2004...***”: Norma que actualmente está vigente en versión del año 2009.
- b) El numeral 5.5.2 (página 25) menciona: “... ***a través de la Resolución 2203 del 17 de abril de 2006, el INPEC da cumplimiento a lo establecido en la norma NTC GP 1000:2004 en el numeral 5.5.2...***” Resolución que se encuentra derogada.
- c) El numeral 8.2.1 (página 36) cita: “***En el marco del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005 “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005”***”. Decreto que fue derogado por el Decreto 943 de 2014.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno en la primera semana de marzo, revisó la documentación del denominado “Sistema de Gestión de la Calidad” del INPEC, publicada en la ruta Virtual de la Calidad, resultado de esta actividad se obtuvo la siguiente tabla.

Año de aprobación	Procedimiento	Manual	Guía	Total	Valor Relativo	% Participación	
2001	92			92	29,5%	89,1%	Documentos aprobados entre el año 2001 y 2009
2002	30			30	9,6%		
2003	39			39	12,5%		
2004	6			6	1,9%		
2005	12			12	3,8%		
2006	44			44	14,1%		
2007	22	1		23	7,4%		
2008	22	1		23	7,4%		
2009	7	1		9	2,9%		
2010	6	4		11	3,5%	10,9%	Documentos aprobados entre el año 2010 y 2015
2011		3		3	1,0%		
2012	1	1		3	1,0%		
2013		3		3	1,0%		
2014	1	1	2	12	3,8%		
2015	1		1	2	0,6%		
Total general	283	15	3	312	100,0%		

Teniendo en cuenta que el 18 de noviembre de 2009, el Decreto 4485 adoptó la actualización de la Norma NTCGP 1000, la tabla mostrada dividió en dos periodos la aprobación de la documentación (antes y después de la actualización de la norma NTCGP 1000).

Los datos de la tabla muestran que 34 documentos (**10,9%**), fueron aprobados después de la expedición del Decreto 4485 y 278 documentos (**89,1%**), fueron aprobados antes de tal evento. Es decir la mayor parte de los documentos con tipología: procedimiento, manual o guía, del “*Sistema de Gestión de la Calidad*” del INPEC, fueron elaborados en un contexto muy diferente al actual sin que se evidencie revisión y planificación, por parte del INPEC para el cumplimiento del artículo 2 del citado Decreto, el cual establece: “**Los organismos y entidades a la cuales se les aplica la ley 872 de 2003 dentro del año siguiente a la publicación de este decreto, deberán realizar los ajustes necesarios para adaptar sus procesos a la nueva versión de la norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009**”, (subrayado fuera de texto).

Por otra parte, teniendo en cuenta que el INPEC fue reestructurado mediante el Decreto 4151 de 2011, existen tan solo 3 procedimientos ajustados después de ese año, es decir que 280 procedimientos vigentes no se han adecuado a la actual

estructura del INPEC. Incumpliendo lo que establece la Ley 87 de 1993, en su artículo cuarto: “***Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno:***” y específicamente señala entre otros: “... ***I. Simplificación y actualización de normas y procedimientos...***”.

Igualmente lo señalado en la C.N.

“ARTICULO 269. En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y”

3.3.2.6 Políticas de administración de riesgos

3.3.2.6.1 Riesgos de Gestión

Para medir la percepción frente al tema de Riesgos de Gestión en la Institución, se aplicó por parte de la Oficina de Control Interno, doscientas cincuenta y seis (256) encuestas a funcionarios de la entidad del nivel central y regional durante los días 26, 29 y 30 de diciembre de 2014, obteniéndose los siguientes resultados:

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
1 ¿Conoce usted el mapa de Riesgos del INPEC?	28%	72%
2 ¿Fue capacitado(a) por parte del INPEC en la metodología para la construcción del mapa de riesgos de la entidad?	13%	87%
3 ¿Su proceso cuenta con Mapa de Riesgos?	38%	63%
4 ¿La elaboración de los riesgos asociados a su proceso se realizó en forma participativa?	19%	81%
5 ¿Participó usted en la elaboración del Mapa de Riesgos de su proceso?	15%	85%
6 ¿El Mapa de Riesgos de su proceso (si existe) fue socializado al interior de su dependencia?	20%	80%
7 ¿Para la elaboración de los riesgos asociados a su proceso, se tomó como referente un estudio sobre condiciones internas y del entorno?	21%	79%
8 ¿Los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos de su proceso (si existe) han sido monitoreados?	17%	83%
9 ¿Considera que la alta y media dirección, están comprometidas con el fortalecimiento de la cultura de la identificación, prevención y políticas de administración del riesgo?	37%	63%
10 ¿Cree usted que todos los servidores públicos del	27%	73%

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
INPEC están involucrados y comprometidos con la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos?		
11 ¿Considera que la administración del riesgo ha ayudado a la Entidad al conocimiento y mejoramiento Institucional, contribuyendo a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y la eficacia en los procesos organizacionales?	34%	66%

De acuerdo con los resultados de la tabla anterior, en el INPEC existe un gran desconocimiento de todo lo relacionado con el tema de riesgos de gestión por parte de los funcionarios, lo que expone a la entidad a una falta de control y administración de las situaciones riesgosas, que pueden estar afectando el cumplimiento de la de los objetivos y metas no solo de cada proceso sino de la institución en general.

Al revisar el mapa de riesgos por proceso del año 2012, se evidencia la identificación de 96 riesgos de gestión, correspondientes a 14 de los 16 procesos que conformaban el modelo de operación de la entidad, mientras que en el año 2014 debido a la restructuración del modelo de operación por procesos, se ajustaron las matrices de riesgos de 13 de los 16 procesos establecidos mediante Resolución 4142 de 2014, es decir que la etapa de identificación de riesgos para la totalidad de los proceso del instituto no se ha culminado, a pesar de que inició en el año 2012.

Comparando los riesgos de gestión identificados en el año 2014, frente a los riesgos identificados en el año 2012, se evidenció que de un total de 75 riesgos de 2014, cincuenta y cuatro (54) riesgos de gestión se mantienen iguales a los del año 2012, es decir que (21) riesgos de gestión han sido ajustados o incorporados a las matrices de riesgos. Quiere decir lo anterior, que entre el año 2012 y 2014 se descartaron **21** riesgos de gestión, sin que exista evidencia del seguimiento al plan de mitigación establecido en el año 2012, ni un análisis que justifique la decisión de excluirlos de las matrices.

Asimismo, en el año 2012 se identificó la existencia de ciento sesenta y nueve (169) controles para catorce (14) de dieciséis (16) procesos caracterizados en ese momento, mientras que en el año 2014 se identificó la existencia de ciento ochenta (180) controles en 13 de los 16 procesos vigentes desde el 30 de octubre de 2014, es decir que las matrices de riesgos de gestión contienen ciento dos (102) controles que permanecen iguales a los del año 2012, mientras que setenta y ocho (78) controles existentes han sido cambiados o incluidos en las matrices de riesgos. De acuerdo con lo anterior, entre el año 2012 y 2014 se descartaron **67** controles, sin que exista evidencia del seguimiento a la efectividad de estos, ni un análisis que justifique la decisión de cambiarlos.

Se revisó la valoración de los riesgos identificados en los años 2012 y 2014, se evidencio que en los procesos: “*Seguridad Penitenciaria y Carcelaria*” y “*Logística y Abastecimiento*”, existen riesgos que obtuvieron una calificación de “**catastrófico**” en su impacto, pero en ninguno de los dos casos se elaboró “*plan de contingencia*”, según lo determinan los criterios de evaluación de cada matriz de riesgos: “***Siempre que el riesgo sea calificado con Impacto catastrófico, la entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de su ocurrencia***”, (subrayado fuera de texto), es decir que en ninguno de los dos años (2012 ó 2014) se elaboró el “***plan de contingencia***” establecido en los criterios de evaluación.

Los riesgos con calificación catastrófica se muestran en la siguiente tabla.

Proceso	No	Riesgos 2012	Riesgos 2014
Seguridad Penitenciaria y Carcelaria	1	Intento de fuga de interno en ERON	Intento de fuga de interno en ERON
	2	Fuga Individual o por grupo de internos por fallas en las instalaciones	Fuga Individual o por grupo de internos por fallas en las instalaciones
	3	Intento de fuga de forma violenta	Intento de fuga de forma violenta
	4	Fuga Individual o por grupo de internos por fallas en las instalaciones	Fuga Individual o por grupo de internos por fallas en las instalaciones
	5	Intento de fuga en domiciliaria o vigilancia electrónica	Intento de fuga en domiciliaria o vigilancia electrónica
	6	Intento de fuga en remisión	Intento de fuga en remisión
	7	Amotinamiento o Desobediencia de Internos	Amotinamiento o Desobediencia de Internos
	8	Riña de internos	Riña de internos
Logística y abastecimiento	9	Determinación inadecuada y deficiente de las especificaciones técnicas de los requerimiento de bienes y servicios	Determinación inadecuada y deficiente de las especificaciones técnicas de los requerimiento de bienes y servicios
	10	Débil supervisión de contratos	Débil supervisión de contratos
	11	Contabilización incompleta de los bienes en el inventarios del INPEC	Bienes no incluidos en su totalidad en el inventarios del INPEC
	12	Ausencia de una política general e institucional de gestión ambiental	Ausencia de una política general e institucional de gestión ambiental

Se evidenció que hace falta actualizar la Resolución 500 de 2013 en concordancia con la Resolución 4142 de 2014, teniendo en cuenta que la Resolución 6083, fue

derogada por la Resolución 4142 de 2014 que estableció el actual modelo de operación por procesos del INPEC y que además el 28 de febrero de 2013 el INPEC, realizó la adopción del denominado “*mapa de riesgos institucional*”, a través de la Resolución 500 de 2013, la cual en el párrafo de su artículo primero, menciona: “***El Mapa de Riesgos Institucional anexo, hace parte integral del presente acto administrativo y contiene los procesos aprobados mediante Resolución 6083 del 31 de diciembre del 2012***”, es decir que se evidencia una vez más la falta de integridad del sistema.

La Guía de Administración del Riesgos del DAFP (pág. 40), menciona:

“Mapa de Riesgos Institucional: *Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo conocer las políticas inmediatas de respuesta ante ellos. • Mapa de Riesgos por Proceso:* *Facilita la elaboración del mapa institucional, que se alimenta de estos, teniendo en cuenta que solamente se trasladan al institucional aquellos riesgos que permanecieron en las zonas más altas de riesgo y que afectan el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad*”, (subrayado fuera de texto).

Se evidencia, que el INPEC no dispone de un mapa de riesgos institucional, ya que sólo se ha elaborado el de los procesos, dejando pendiente el análisis de estos para detectar cuáles son los riesgos institucionales, acorde con lo establecido en la Guía de administración de riesgos del DAFP la cual es un referente que se debe cumplir de acuerdo con el artículo 5, del Decreto 1537 de 2001, que establece: “***POLITICAS DE CONTROL INTERNO DISEÑADAS POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado***”.

La denominada “*Política de Administración del Riesgo del INPEC*” publicada desde el año 2008, sin la aprobación del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno, no evidencia revisión o aprobación por estas instancias, en años posteriores acorde con la guía de administración de riesgos del DAFP, que establece en su página 42:

“... Formulación de las políticas

Está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno y se basa en el mapa de riesgos construido durante el proceso; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes estratégicos y los objetivos institucionales o por procesos”.

Se evidenció el incumplimiento del anterior requisito, dado que las matrices de riesgos que constituyen el mapa de riesgos por proceso no se encuentran completas, porque falta la identificación de riesgos de gestión en los procesos: “Comunicación Estratégica”, “Derechos Humanos y Atención al Cliente” y “Gestión del Conocimiento institucional”, es decir que no existe un mapa de riesgos por cada uno de los procesos vigentes, que permita construir el mapa de riesgos institucional para que este a su vez sirva de base para la elaboración de las políticas señaladas en la guía.

En consecuencia no existen políticas de administración de riesgo adoptadas por la instancia competente del INPEC, dado que la denominada “Administración de riesgo política PAR 004-008 V01”, fue publicada antes de la identificación de riesgos en 13 de los 16 procesos vigentes, teniendo en cuenta que estos fueron elaborados en su mayoría en el año 2012 y la citada “política” fue elaborada en el año 2008 y que la administración de riesgos debe ser un proceso **permanente**, que establece **acciones de control** que se integran a los **procedimientos**.

Es decir que se incumple lo establecido en el artículo 4, del Decreto 1537 de 2001, que menciona: “**ADMINISTRACION DE RIESGOS. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos**, (subrayado fuera de texto).

En tal sentido la Resolución 500 de 2013, establece en su artículo 2 parágrafo 1: “**Semestralmente con corte a 30 de junio y 30 de diciembre de cada vigencia, cada dueño de proceso realizará el informe de avance sobre el cumplimiento de las acciones propuestas e informará a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces; Oficina que de acuerdo con su rol es responsable del seguimiento a la evolución de los riesgos, del cumplimiento de las acciones propuestas y de la evaluación permanente de la eficacia y efectividad de los controles planteados**”, (subrayado y tachado fuera de texto).

En correspondencia con el requisito anterior se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación no ha elaborado informes sobre el avance del cumplimiento de las acciones de mitigación a los riesgos, entre los años 2012 y 2014.

De acuerdo con el Decreto 1537 de 2001, en su artículo tercero: “**DE LAS OFICINAS DE CONTROL INTERNO. En desarrollo de las funciones señaladas**

en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993, el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno, o quien haga sus veces, dentro de las organizaciones públicas, se enmarcan en cinco tópicos, a saber: valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos

Asimismo la cartilla “Rol de las Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces” (página 41) establece: “... **la función de valoración del riesgo a cargo de la Oficina de Control Interno, se pueden destacar los siguientes puntos:** • **La administración del riesgo es un elemento fundamental de la función administrativa y por lo tanto la Alta Dirección es responsable de establecer y operar la política de la administración del riesgo con el apoyo del Comité de Coordinación de Control Interno.** • **El rol principal de la Oficina de Control Interno, en relación con la administración del riesgo, debe ser proveer la evaluación (aseguramiento) sobre la efectividad del manejo de los riesgos...**”, (subrayado fuera de texto).

En tal sentido resulta contrario a las normas citadas, que la Resolución interna 500 del 2013, asigne a la Oficina de Control Interno la responsabilidad de “cumplimiento de las acciones propuestas” frente a los riesgos identificados en el INPEC (arriba tachado), porque de acuerdo con el Decreto 1537 de 2001 a la Oficina de Control Interno le compete dentro de su rol, el tópico de **valoración de los riesgos**. En la auditoría desarrollada se indagó sobre la participación de la Oficina de Control Interno en la elaboración de este acto administrativo, sin que se pudiese evidenciar la participación de esta oficina en la elaboración o revisión de tal resolución, por tal motivo es pertinente que se revise la manera como se elaboran Resoluciones en el INPEC, dado la falta de revisión por la instancias correspondientes puede seguir generando contradicciones en el sistema de control interno.

Todo lo anterior evidencia la falta de definición de políticas de administración de riesgos en el INPEC, dado que para el desarrollo de esta etapa se establece, en la guía administración de riesgos del DAFP: “**Para la consolidación de las Políticas de Administración de Riesgos se deben tener en cuenta todas las etapas anteriormente desarrolladas. Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad**”.

3.3.2.6.2 Riesgos de Corrupción

Con el fin de conocer la percepción en la Institución frente al mapa de Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo del año 2014, la Oficina de Control Interno aplicó 256 encuestas a funcionarios de la entidad del nivel central y regional

durante los días 26, 29 y 30 de diciembre de 2014, obteniendo los siguientes resultados.

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
4. ¿Conoce los riesgos de corrupción asociados a su proceso?	44%	56%
5. ¿Sabe usted que es un riesgo de corrupción?	60%	40%
6. ¿Para la elaboración de los riesgos de corrupción asociados a su proceso, se tomó como referente un estudio sobre condiciones internas y del entorno?	16%	84%
7. ¿Conoce la Política de Administración del Riesgo del INPEC?	25%	75%
9. ¿Ha realizado autoevaluación de la actividad que usted desarrolla para detectar riesgos de corrupción?	27%	73%
10. ¿Considera usted, que las Políticas de Administración del Riesgo fijadas por la Alta Dirección tienen seguimiento y se cumplen?	20%	80%

De acuerdo con la tabla anterior, el 60% de los funcionarios, saben que es un riesgo de corrupción, sin embargo el 56% desconoce los riesgos asociados al proceso en el que se encuentra, mientras que más del 70% de los funcionarios desconocen la denominada “Política de administración de riesgos”, manifiestan falta de autoevaluación que permita detectar riesgos en las actividades desarrolladas y consideran que falta seguimiento y cumplimiento de las políticas fijadas desde la alta dirección.

El INPEC formuló una Matriz de Riesgos de Corrupción la cual hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, cuya primera versión se elaboró en el año 2013 sin seguir la metodología apropiada, mientras que el 31 de agosto del año 2014, se elaboró y publicó el mapa de riesgos de corrupción en página web del INPEC, de acuerdo con el Decreto 2641 de 2012.

A pesar de lo anterior no se identificaron riesgos de corrupción en la totalidad de procesos del INPEC, sólo a cinco de los dieciséis procesos; mientras que para el año 2015 se publicaron riesgos de corrupción para once de los dieciséis procesos.

Teniendo en cuenta que el artículo segundo del Decreto 2641 de 2012, menciona: **“Señálense como estándares que deben cumplir las entidades públicas para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, los contenidos en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” y a su vez este documento establece en su numeral 1 (páginas 8 y 9): “Cada responsable o jefe de las diferentes áreas o líderes de los procesos al interior de las entidades, debe elaborar el mapa de riesgos de corrupción, estructurar las medidas para controlarlos y evitarlos y realizar el seguimiento a la efectividad de dichas**

acciones. La consolidación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, estará a cargo de la oficina de planeación de las entidades o quien haga sus veces, la cual además servirá de facilitadora para todo el proceso de elaboración del mismo. Por su parte, el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, es el encargado de verificar y evaluar la elaboración, visibilización, el seguimiento y control del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, (subrayado fuera de texto).

Es decir, no sólo se ha incumplido las fechas de publicación del mapa de riesgos de corrupción, acorde con las exigencias legales y como componentes del Plan Anticorrupción (Decreto 1474 de 2011 y Decreto 2641 de 2012), sino que a corte de este informe no se han identificado riesgos de corrupción para todos los procesos, generando con ello un incumplimiento legal por parte de la Oficina Asesora de Planeación, dependencia responsable de su elaboración y consolidación, en asocio con los dueños de proceso.

En la verificación efectuada en el año 2014, se identificaron ocho riesgos de corrupción a cinco de los dieciséis procesos que conforman el modelo de operación por procesos de la entidad, mientras que en el año 2015 se identificaron once riesgos de corrupción a once de los dieciséis procesos de la entidad, a través de la matriz de riesgos de corrupción, respecto a la vigencia anterior, vale mencionar que diez riesgos de corrupción, fueron ajustados o incorporados al mapa de riesgos de corrupción en el año 2015, es decir, sólo un riesgo de corrupción continua identificado sin modificación desde el año 2014.

En lo que respecta a las acciones para controlar los riesgos de corrupción, en el año 2014, se establecieron ciento cuarenta y una (41) acciones, en la matriz de riesgos de corrupción, mientras que en el año 2015 fueron definidas noventa y nueve (99) acciones; se evidenció que tan solo dos (2) acciones de mitigación de los riesgos de corrupción se mantienen desde el año 2014, mientras que cincuenta y nueve (59) acciones para controlar los riesgos de corrupción son diferentes.

El Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 en su página 69, entre los productos mínimos del elemento análisis y valoración del riesgo cita el “*Mapa de riesgos institucional*” con las siguientes observaciones:

“La entidad construirá un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se elevan todos los riesgos que afecten a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos Misionales y se incluirán los riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011”, (subrayado fuera de texto). Como el INPEC no cuenta con un Mapa de Riesgos Institucional, no es posible trasladar a este los riesgos de corrupción identificados para algunos procesos como lo establece el Manual Técnico MECI 2014.

A pesar de haberse contratado a un profesional, mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios, desde el 17 de enero de 2014, específicamente: ***“... en aspectos que hagan énfasis en la elaboración y seguimiento del plan de riesgos de corrupción para el INPEC, dimencionamiento de la planta de personal del Inpec y acompañamiento en la implementación de la reforma del código penitenciario y carcelario (sic)”***. Con prórroga posterior y, desde veintitrés (23) de febrero de 2015, con otro contrato al mismo profesional cuyo objeto es el de: ***“prestación de servicios profesionales con plena autonomía administrativa, en materia de administración pública, en particular en aspectos que hagan énfasis en la formulación, socialización y seguimiento de el plan anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia 2015 en el inpec (sic)”***, (subrayado fuera de texto). Los resultados no son los esperados en relación con este elemento fundamental y de exigencia legal en la lucha contra la corrupción.

De consumo con lo anterior, al revisar el contrato de prestación de servicios 036 de 2014, se encontró que el Acta de inicio de este contrato se suscribió el **17 de enero de 2014** por el señor Víctor Manuel Tique y el Dr. Juan Manuel Riaño Vargas, sin embargo se evidenció que mediante oficio 8100-DINPEC-OPLA 0517 del **28 de enero de 2014**, suscrito por el Director General del INPEC – Brigadier General Saúl Mojica Torres se realizó la delegación para la supervisión del contrato 036 de 2014.

Vale la pena mencionar que la cláusula décima tercera del contrato 036 de 2014, establece: ***“SUPERVISIÓN. la supervisión del presente contrato será ejercida por el Director General del INPEC o quien este designe por escrito, quien deberá realizar permanentemente el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico durante la ejecución, el recibo definitivo y hasta la liquidación del contrato, si a ella hay lugar de acuerdo a los términos y causales del presente contrato, con el fin de asegurar la correcta ejecución y cumplimiento del mismo, de conformidad con las funciones establecidas para los Supervisores de los contratos y de conformidad con lo previsto en la ley 80 de 1993 y su decretos reglamentarios y la Ley 1474 de Julio 12 de 2011, para lo cual, entre otras, tendrá las siguientes obligaciones...”***, (subrayado fuera de texto).

Es decir que se incumple lo establecido en el clausula referida, porque el 17 de enero de 2014, fecha de suscripción del acta de inicio del contrato de prestación de servicios 036 de 2014, el Director General no había delegado **por escrito** al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación la supervisión de este contrato, es decir que la facultad para suscribir el acta de inicio era del Director General del INPEC, y no del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, teniendo en cuenta que la delegación de la supervisión se realizó el 28 de enero de 2014.

Adicionalmente, el párrafo segundo de la referida cláusula establece:

“Si se requiere el cambio del supervisor por cualquier razón, el competente contractual lo podrá realizar en cualquier momento sin necesidad del acuerdo con el CONTRATISTA, ya que esto es una potestad administrativa interna del INPEC, para lo cual solo bastará con elevarlo por escrito, anexarlo al expediente del contrato y comunicarlo al contratista. El saliente supervisor deberá dejar informe DETALLADO del estado en que se encuentre la ejecución del contrato”, (subrayado fuera de texto).

Entre la suscripción del acta de inicio y la fecha de delegación de la supervisión del contrato, transcurrieron 11 días, sin embargo en el expediente del contrato no se encontró informe detallado del estado de ejecución del contrato presentado por el saliente supervisor (Director General).

Adicionalmente el Numeral 2° del artículo 8 de la Ley 80 de 1993, señala:

“Tampoco podrán participar en licitaciones o concursos ni celebrar contratos estatales con la entidad respectiva:

La expresión "Concurso" fue derogada por el art. 32 de la Ley 1150 de 2007.

a. Quienes fueron miembros de la junta o consejo directivo o servidores públicos de la entidad contratante. Esta incompatibilidad sólo comprende a quienes desempeñaron funciones en los niveles directivo, asesor o ejecutivo y se extiende por el término de un (1) año, contado a partir de la fecha del retiro”, (subrayado fuera de texto).

Teniendo en cuenta que mediante Resolución No. 005716 del 17 de diciembre de 2012, el Señor VICTOR MANUEL TIQUE, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.417.820 de Bogotá, fue encargado de la jefatura de la OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, Código 1045 Grado: 11, encargo que desempeño hasta el día 6 de marzo de 2013, cargo del **nivel asesor**, según se desprende de la estructura funcional del INPEC y del Manual de Funciones y Competencias, es decir que por el término de un año, le era aplicable la incompatibilidad señalada en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993, es decir que el señor TIQUE suscribió el contrato de prestación de servicios No. 36 el 17 de enero de 2014, **estando en incompatibilidad.**

3.3.3 Autoevaluación del control y la gestión

Uno de los productos mínimos incluido en este elemento de acuerdo con el Manual Técnico MECI 2014, es “*Herramientas de autoevaluación*”, en respuesta a esto el INPEC mediante Resolución 024 del 02 de enero de 2014, aprobó el “*Manual diseño de indicadores de gestión MNEI 006-13*”, el cual establece en su página 15, entre otras las siguientes responsabilidades de la Oficina Asesora de Planeación:

- ***“Orientar en el diseño del plan de medición de los indicadores”***
- ***“Recopilar los datos del desempeño de los procesos y consolidar el desempeño institucional”***

Se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación no cumple de manera adecuada estas responsabilidades, teniendo en cuenta que en la Ruta Virtual de la Calidad están publicados **102** indicadores de gestión por procesos de los cuales **52** no tienen meta definida en las respectivas matrices. Asimismo, en el transcurso de la auditoría se preguntó por la consolidación del desempeño de los indicadores encontrando que tan solo se ha realizado una recopilación de indicadores en la presentación de Power Point, titulada “*Revisión por la Dirección*” con corte a diciembre de 2014, sin embargo no se evidenció recopilación de datos de los indicadores, posterior a esa fecha, teniendo en cuenta que varios de los indicadores vigentes tienen frecuencia de medición mensual y bimestral.

En consecuencia la batería de indicadores de gestión por procesos del INPEC evidencia ser una herramienta inadecuada para la medición del desempeño de los procesos y del Sistema de Control Interno.

3.3.4 Planes de mejoramiento

La Circular 008 del 19 de febrero de 2015, con asunto “*Seguimiento plan de mejoramiento de la CGR*” convoca a reuniones trimestrales en la Sede Central del INPEC, a los Directores Regionales para hacerle monitoreo y verificación al cumplimiento de las acciones de mejoramiento que dan respuesta a los hallazgos de la Contraloría General de la República (CGR).

Frente a las acciones de mejoramiento que debe implementar la Oficina Asesora de Planeación, se indago sobre el análisis de causas de los hallazgos en el marco del procedimiento “*PA 11-002-01 Control de Acciones Preventivas y Correctivas*” y específicamente al diligenciamiento del formato OP 11-115-01 V01 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas, donde debe registrarse el análisis de causas como insumo para establecer planes de mejoramiento, no se encontró dicho registro para los hallazgos 1, 4, 25, 35, 36 y 112, de la CGR.

Se verificaron los plazos establecidos para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, mediante el Sistema de Rendición de Cuentas e informes SIRECI de la Contraloría General de la Republica, en atención a la Resolución orgánica 7350 del 2013, evidenciándose que la Oficina Asesora de Planeación ha brindado orientaciones en la formulación del Plan de Mejoramiento a las Dependencias y las Regionales responsables de establecer las acciones de mejoramiento para cada uno de los hallazgos de la CGR, charlas y capacitaciones en temas de análisis de causa – efecto, como se observó en actas de reunión de la Oficina Asesora de Planeación del 26 y 27 de mayo de 2014.

3.3.5 Eje transversal información y comunicación

Entre los productos mínimos de este eje trasversal, el Manual Técnico del MECI 2014, establece que la entidad debe contar con una Política de Comunicaciones,

en cumplimiento de esto, se encuentra publicada en la Ruta virtual de la Calidad la “*Política de Comunicaciones Institucionales*” la cual fue aprobada en diciembre de 2012, por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, lo cual evidencia incumplimiento a lo establecido en la Resolución, 2389 de 2012, la cual en el párrafo “*Funciones del Equipo Directivo Calidad- MECI*”, artículo séptimo, establece entre otras la siguiente función: “**3. Aprobar los planes, procesos, procedimientos y documentos para el diseño e implementación del SGC y MECI**”.

La Ley 1712 de 2014 establece en su artículo 12. “**Adopción de esquemas de publicación. Todo sujeto obligado deberá adoptar y difundir de manera amplia su esquema de publicación, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. El esquema será difundido a través de su sitio Web, y en su defecto, en los dispositivos de divulgación existentes en su dependencia, incluyendo boletines, gacetas y carteleras...**”.

Para establecer la responsabilidad de adopción y difusión del referido “**esquema de publicación**”, se revisaron las siguientes normas:

- a) Resolución 2122 de 2012, en su artículo 18 designa al “*Grupo de comunicación Organizacional*”, entre otras la función: “**1. Definir lineamientos para la difusión de información del Instituto hacia los diferentes grupos de interés**”.
- b) Resolución 2948 del 21 de agosto de 2012, asignaba en su artículo segundo, el rol de líder de Gobierno en Línea al jefe de la Oficina Asesora de Planeación, esta resolución fue derogada por medio de la Resolución 1980, en la cual no se incluyó la designación del rol de líder de Gobierno en Línea, pero en el numeral 8 de su artículo quinto señala como función del comité de Desarrollo Administrativo: “**Orientar la estrategia de Gobierno en Línea en la Entidad, en Concordancia con el párrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2693 de 2012**”. Este decreto en su artículo 6, numeral 4 “*Datos de gobierno abierto*”, establece que se debe cumplir la acción: “**Garantizar el acceso a toda la información pública sin perjuicio de las restricciones de Ley**”, (subrayado fuera de texto).
- c) Resolución 1980 de 2014, que adopta el modelo Integrado de Planeación y Gestión en el INPEC, designa como responsable del componente “**Transparencia y Acceso a la Información Pública**” de la Política “*Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano*”, al Jefe de la Oficina de Sistemas de Información.

Teniendo en cuenta las normas citadas (a, b y c), la responsabilidad de adopción y difusión del “**esquema de publicación**” se encuentra compartida entre las dependencias: Grupo de Comunicación Organizacional, Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Sistemas de Información.

La Oficina de Control Interno, revisó la autoevaluación del cumplimiento de la Ley 1712, evidenciando que el INPEC no ha divulgado en su página web, el “**esquema de publicación**”, incumpliendo así el requisito legal fijado por el artículo 12 de la Ley 1712, toda vez que el plazo para difundirlo en la página web, venció el 7 de septiembre de 2014.

3.4 ACTUALIZACIÓN MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

Se verificó el estado de avance en la actualización del MECI de acuerdo con lo establecido en el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014, “por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, siguiendo las fases establecidas.

- Conocimiento
- Diagnostico
- Planeación de la actualización
- Ejecución y seguimiento
- Cierre

Para el proceso de actualización se encontró para las tres primeras fases lo siguiente:

3.4.1 Fase de Conocimiento

Se evidenció que para esta fase se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) El 10 de julio de 2014, se realiza la invitación para capacitar a los servidores públicos del INPEC, Nivel Central, sobre el Decreto 943 de 2014, por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública en el auditorio central.
- b) El día 11 de julio de 2014 el Departamento Administrativo de la Función Pública realizó una presentación del Decreto 943 de 2014 y su anexo técnico.
- c) El 22 de septiembre de 2014 se expidió la Resolución número 03391 por la cual se adoptó en el INPEC la actualización del MECI 2014.
- d) El día 25 de septiembre según acta 127 la Oficina Asesora de Planeación del INPEC, procedió a dar a conocer virtualmente en el Centro Estratégico de Información Penitenciaria y Carcelaria – CEDIP, el Decreto 943 de 2014, exponiendo el Manual técnico de Implementación del MECI y explicando los principales cambios del MECI 2014, a los responsables de Planeación de las Direcciones Regionales Viejo Caldas, Norte, Occidente y Noroeste.
- e) El día 26 de septiembre de 2014, según acta No 128 de la misma fecha, se capacitó a la Dirección Regional Noroeste y los establecimientos de reclusión de Montería, Sabanalarga y Valledupar
- f) De acuerdo con acta No 128 de 26 de septiembre de 2014, se capacitó a la Dirección Regional Oriente

- g) El día 05 de noviembre de 2014, según acta No 134 se capacitó al Nivel Central
- h) Según acta 135 a la Regional Central el día 06 de noviembre de 2015.

Igualmente, la presentación mencionada fue publicada en la Ruta Virtual de la Calidad del Instituto, con el fin de que fuera consultada por parte de los responsables del área de Planeación de las Regionales y Establecimientos de Reclusión y socializada al interior de los mismos.

A pesar de lo anterior, no se evidencian registros de divulgación del Decreto 943 y su anexo técnico, a la totalidad de las Direcciones Regionales y de los Establecimientos de Reclusión, como tampoco un seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación que permita verificar el cumplimiento del objetivo de alcanzar el conocimiento necesario, acorde con la metodología establecida para la fase 1 de actualización del MECI 2014.

Igualmente, en actividades de sensibilización de autoevaluación al control y a la gestión, en reunión de directores de establecimiento de la Regional Occidente en la ciudad de Popayán, el día 26 de marzo de 2015, el Jefe de la Oficina de Control Interno, preguntó a los asistentes si sabían de que trataba el Decreto 943 de 2014 y su anexo técnico, obteniendo como respuesta un total desconocimiento del mismo.

Amén de lo anterior, es decir los mecanismos que se utilizaron para dar a conocer el mencionado decreto y la percepción que se tiene del mismo, podemos inferir que:

- a) Los mecanismos utilizados no han sido los apropiados
- b) Una falta de liderazgo para efectos de detectar las falencias que impiden que el referido decreto sea promulgado y aplicado por parte de los funcionarios de la institución, bajo el liderazgo de los dueños de los procesos
- c) Falta de compromiso y de fijación de políticas por parte del Comité de Coordinación Interno

La fecha establecida por el Decreto 943 de 2014, para culminar la fase de conocimiento, fue el 21 de junio, la Oficina de Control Interno, informo a la Dirección General, dicho plazo mediante oficio 8150-ofici-0055 del 4 de junio de 2014. A pesar de este avisó, se observa que la divulgación del Decreto 943 al interior de la entidad se inició tardíamente, el 10 de julio de 2014, es decir 20 días después de haberse agotado el termino fijado para culminar esta fase y 50 días después de haberse promulgado y ser exigible el Decreto 943 de 2014, lo que conlleva desde un inicio a un atraso en la ejecución de actividades para la actualización del MECI, según los plazos fijados.

3.4.2 Fase de Diagnóstico

En desarrollo de auditoría interna a la Oficina Asesora de Planeación según Acta 14 del 15 de abril de 2015, se evidencia que la implementación de la actualización del MECI en el INPEC se encuentra en la fase de diagnóstico. En tal sentido se revisó el anexo 4, formato: “*Fase de Diagnóstico*”, publicado en la Ruta Virtual de la Calidad, se pudo establecer que este cita la Resolución 156 del 29 de octubre de 2014 “Por medio de la cual se aprueba el programa de Inducción y Reinducción para el personal del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC”, según esta referencia, el diagnóstico se realizó fuera de los tiempos previstos, dado que el plazo para culminar la fase diagnóstico fue el 21 de julio de 2014, según el numeral 2 del artículo cuarto del referido Decreto 943, que establece:

“2. Las entidades y organismos que cuentan con un Modelo implementado, deberán realizar los ajustes necesarios para adaptar en su interior los cambios surtidos en la actualización del MECI, dentro de los siete meses siguientes a la publicación del presente decreto.”

Para el efecto deberán cumplir las siguientes fases de acuerdo con lo señalado en el Manual Técnico:

Fase 1. Conocimiento (1 mes).

Fase 2. Diagnóstico (1 mes).

Fase 3. Planeación de la actualización (1 mes).

Fase 4. Ejecución y Seguimiento (3 meses).

Fase 5. Cierre (1 mes)”, (subrayado fuera de texto).

3.4.3 Fase de planeación

La Oficina Asesora de Planeación presenta el Anexo: 05 del MECI 2014 diligenciado, en él se indica una fecha de inicio de la actualización del MECI correspondiente al 11 de julio de 2014 y con fecha final prevista 30 de abril de 2015, sin embargo las actividades propuestas en el cronograma allí establecido no se han desarrollado de acuerdo con la información aportada por el auditado (acta 14 de auditoría interna).

El Decreto 943 de 2014 expedido el 21 de mayo de 2014, estableció unos plazos para el desarrollo de cada una de las fases de actualización del MECI, cuatro meses después se expidió en el INPEC la Resolución 03391 “*Por la cual se adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI 2014 en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC*”. Esta estableció en el párrafo de su artículo segundo: “***El INPEC se ajustará al cronograma descrito en el Manual Técnico del modelo Estándar de Control Interno***”, sin tener en cuenta que dicho manual no contiene cronograma alguno, por lo tanto dicho párrafo carece de validez, lo que si contiene el anexo 5 es un formato para establecer la planeación de la actualización.

Para la fecha de expedición de la citada Resolución la fase de “Planeación” debería haber culminado, sin embargo de acuerdo con lo expuesto hasta aquí al

momento de la auditoria no había iniciado la fase de planeación para la actualización del MECI 2014.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno, mediante oficio 8150-ofici-00485 del 20 de octubre de 2014, reitero a la Dirección General los plazos previstos en el Decreto 943 de 2014, para la actualización del MECI.

Asimismo la Oficina de Control Interno en reunión de directores de establecimiento de la Regional Noroeste, el 3 de marzo de 2015 aplicó una encuesta para establecer el estado de actualización del Modelo Estándar de Control Interno en los establecimientos de reclusión, a partir de los productos mínimos del MECI 2014, obteniendo el siguiente resumen de resultados para cada elemento de control.

Elemento de Control	No Existe	En Proceso	Documentado	Sin Respuesta
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	14,3%	14,3%	65,5%	6,0%
Desarrollo del Talento Humano	7,1%	15,5%	69,0%	8,3%
Planes, Programas y Proyectos	4,8%	18,1%	76,2%	1,0%
Modelo de operación por procesos	3,4%	19,0%	70,1%	7,5%
Estructura Organizacional	4,8%	14,3%	71,4%	9,5%
Indicadores de Gestión	16,7%	14,3%	61,9%	7,1%
Políticas de Operación	16,7%	2,4%	76,2%	4,8%
Administración de Riesgos	4,8%	21,0%	67,6%	6,7%
Autoevaluación Institucional	15,2%	24,8%	47,6%	12,4%
Auditoria Interna	15,2%	7,6%	66,7%	10,5%
Plan de Mejoramiento	4,8%	14,3%	78,6%	2,4%
Información y Comunicación Externa	5,4%	13,7%	73,2%	7,7%
Información y Comunicación Interna	6,7%	20,0%	63,8%	9,5%
Sistemas de Información y Comunicación	2,4%	13,5%	73,0%	11,1%
Total General	7,8%	16,0%	68,4%	7,8%

Es decir que de un total de 21 Directores encuestados, el 68,4% de las respuestas indican que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra documentado, el 16,0% de las respuestas dicen que el MECI, se encuentra en proceso de elaboración, mientras que el 7,8% de las respuestas mencionan que el MECI no

existe. En un 7,8% los encuestados prefirieron no emitir respuestas, lo anterior es una muestra más de la falta de actualización del MECI, que evidencia que la Oficina Asesora de Planeación no está dirigiendo en las regiones el diseño del MECI de acuerdo con la función asignada por el Decreto 4151 de 2011, en el numeral 9 de su artículo noveno, que establece: “**Dirigir el diseño, implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión, así como acompañar a las demás dependencias en su implementación**”, (subrayado fuera de texto).

3.5 Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Mediante la Resolución 1980 del 17 de junio de 2014, se adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el INPEC, y las Políticas de Desarrollo Administrativo, a través de la cual se asignan responsabilidades a los funcionarios de la entidad en la implementación de dichas políticas y sus componentes.

Los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del INPEC, se han venido reportando a través de su diligenciamiento en el FURAG, en atención a lo establecido por las entidades gubernamentales para hacerle seguimiento a este particular.

El artículo octavo de la Resolución 1980 del 17 de junio de 2014, establece: “**Seguimiento. El Comité Institucional de Desarrollo Administrativo presentará al señor Director General en los meses de abril, julio, octubre y diciembre, un informe de los avances al cumplimiento del Plan de Acción Anual, las Políticas de Desarrollo Administrativo y demás componentes del modelo, y recomendará las correspondientes acciones de mejora**”.

Respecto a los informes de avance que refiere el artículo octavo de la Resolución 1980, se evidenció:

- a) **Informe de julio de 2014:** no fue elaborado según el auditado porque la Resolución 1980 fue expedida el 17 de junio de 2014, es decir que para julio no había transcurrido un trimestre.
- b) **Informe octubre de 2014:** fue elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, pero al momento de la auditoria no había sido socializado al Comité de Desarrollo Administrativo y a la Dirección General del INPEC.
- c) **Informe diciembre de 2014:** al momento de la auditoria no ha sido elaborado.

Lo anterior evidencia el incumplimiento en la presentación de informes de avance a la Dirección General, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1980.

Por otra parte la Resolución 2948 de 2012, “*Por la cual se crea el Comité antitrámites y de gobierno en línea del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario*”, en su artículo segundo, designaba al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación como líder de Gobierno en Línea, esta resolución fue derogada por la

Resolución 1980 de 2014, sin que esta última designe el líder de Gobierno en Línea, lo cual incumple lo establecido en el Decreto 2693 de 2012, en su artículo 5 **“Implementación de la Estrategia de Gobierno en línea. El representante legal de cada entidad pública será el responsable de coordinar con las instancias internas respectivas la implementación y desarrollo de la Estrategia de Gobierno en línea, designar al funcionario responsable de adelantar las actividades de líder de Gobierno en línea y Antitrámites al interior de su entidad, y realizar el seguimiento y verificación del cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto”**, (subrayado fuera de texto). Lo anterior evidencia incumplimiento al Decreto 2693 de 2012.

Para esta situación en blanco, la Oficina de Control Interno, recomienda que a falta de líder dentro de la Resolución 1980 de 2014, debe seguirlo siendo quien figuraba en la Resolución 2948 de 2012, es decir el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

3.5.1 Transparencia y acceso a la información pública

El artículo 227 del Decreto 19 de 2012, establece: **“Reportes Al Sistema De Información Y Gestión Del Empleo Público - SIGEP. Quien sea nombrado en un cargo o empleo público o celebre un contrato de prestación de servicios con el Estado deberá, al momento de su posesión o de la firma del contrato, registrar en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público -SIGEP- administrado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la información de hoja de vida, previa habilitación por parte de la unidad de personal de la correspondiente entidad, o ante la dependencia que haga sus veces”**.

En concordancia con lo anterior la Ley 1712 de 2014 en su artículo 9, establece: **“...Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado. Todo sujeto obligado deberá publicar la siguiente información mínima obligatoria de manera proactiva en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan...”**, y en el literal c) ibídem, determina: **“Un directorio que incluya el cargo, direcciones de correo electrónico y teléfono del despacho de los empleados y funcionarios y las escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores que trabajan en el sujeto obligado, de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas”**, (subrayado fuera de texto).

Para verificar el cumplimiento de los anteriores requisitos de ley, la Oficina de Control Interno, realizó la búsqueda de hojas de vida de funcionarios de la Oficina Asesora de Planeación, en el SIGEP a través de la dirección: <http://www.sigep.gov.co/directorio>, encontrando lo siguiente:

No.	Nombres	¿Hoja de vida registrada en SIGEP?
1	CASTRO GIL LUIS EDUARDO	SI
2	ARIAS PATIÑO JAIME HERNANDO	SI
3	CASTRO RODRIGUEZ JESUS MARIA	SI
4	RODRIGUEZ CARLOS ABEL	SI
5	NIÑO URIBE MARITZA JANNETH	SI
6	SAAVEDRA CAMACHO ADRIANA ISABEL	SI
7	RIAÑO VARGAS JUAN MANUEL	SI
8	VEGA PULIDO JAVIER	SI
9	BEJARANO PEREZ PAOLA ANDREA	SI
10	HENAO HOYOS OSVALDO FAVIO	SI
11	VELASCO ATUESTA EDITH JOHANNA	SI
12	ROWLANDS GOMEZ ELVIRA ISABEL	SI
13	PATIÑO GARCIA ANGELICA MARIA	SI
14	VEGA AMAYA DOUGLAS ALVARO	SI

Es decir que al revisar el registro de hojas de vida en el SIGEP, de catorce funcionarios de la Oficina Asesora de Planeación se evidenció que estos cuentan con registro en el sistema, cumpliendo así lo establecido en el artículo 227 del Decreto 19 de 2012 y en el artículo 9 literal c) de la Ley 1712.

3.5.2 Rendición de Cuentas a la Ciudadanía

La Directiva Permanente 03 del 12 de marzo de 2013, estableció en el INPEC los criterios para rendición de cuentas, mediante audiencia pública, en los tres niveles del instituto: Nivel Central, Nivel Direcciones regionales y Nivel Establecimientos de Reclusión.

Esta directiva establece en su “*Título II Información*” la conformación de los equipos de trabajo para ejecutar las fases de la audiencia pública en los tres niveles del INPEC, bajo el mismo título en su página 4, la directiva establece las funciones de los equipos de trabajo, entre otras se encuentran las siguientes:

“... ”

- **Coordinar la estrategia de medios, convocatoria al evento, socialización del informe de gestión con 30 días de anticipación a la Audiencia Pública, recepción de propuestas y sugerencias, entre otros...**
- **Realizar la actualización permanente de la información del link de la página web...**

Ibídem la Directiva establece:

“...La Audiencia Pública de rendición de Cuentas del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario en sus tres niveles de despliegue se desarrollarán así:

Nivel Organizacional	Plazo
Establecimientos de Reclusión del Orden nacional	Abril
Direcciones Regionales	Mayo
Dirección General	Junio

...”

Lo anterior indica que cada año se desarrollará una audiencia pública por cada ERON y Dirección Regional, como también una audiencia por parte de la Dirección General, es decir que la Directiva 03 de 2013 estableció realizar un total de **145** audiencias para rendición de cuentas en cada año y 144 a partir del 26 de noviembre de 2014, teniendo en cuenta que mediante Resolución 004695 de la misma fecha, se suprimió el ERON de Facatativá.

De acuerdo con el documento “*Plan anticorrupción y de atención al ciudadano INPEC 2014*”, el instituto estableció para el componente “*Rendición de cuentas*”, la línea de acción “*Transparencia en la gestión institucional*” con cuatro metas de producto establecida en las tabla 17 (página 41) del plan, como se muestra a continuación.

Para la línea de acción 1: “***Transparencia en la gestión institucional***”.

Tipo de meta	Descripción de las metas	Indicador de las metas	Línea Base	Meta del año
Meta de producto 1.	Elaborar Directiva Transitoria con responsabilidades y lineamientos para el nivel central, regional y en ERON para la rendición de cuentas	Número de Directivas Transitoria para la rendición de cuentas	0	1
Meta de producto 2.	Realización del 100% de Audiencias Públicas programadas en la Directiva Transitoria para la rendición de cuentas	Porcentaje de audiencias públicas de rendición de cuentas del INPEC, frene al Nivel Central, Direcciones Regionales, ERON	0	100%
Meta de producto 3.	Publicación de informes de rendición de cuentas por parte de los responsables de liderar la rendición de cuentas, regional y ERON.	Publicación de 145 informes de rendición de cuentas (01 Nivel central, 06 Direcciones Regionales, 138 ERON)	0	145
Meta de producto 4.	Evaluación del proceso orientado a la mejora respecto de los 145 informes de rendición de cuentas de los tres niveles	145 informes de evaluación (01 nivel central, 06 direcciones Regionales, 138 ERON)	0	145

Meta de producto 1 (directiva transitoria): Según oficio 8110-OFPLA remitido al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación por el contratista Víctor Tique, con el asunto “*Seguimiento PLANTIC 2014, diciembre de 2014*”, respecto al componente: “*Rendición de cuentas*”, para la meta de producto 1, se establece un cumplimiento

del 100%, indicando: “**Se aplicó la Directiva Permanente número 003 de 2013, toda vez que en su contenido están establecidos los lineamientos para el nivel central, regional y ERON, sin que se requiera elaborar una Directiva Transitoria para tal fin**”, es decir que la meta no se cumplió dado que no se elaboró la directiva transitoria planeada por lo cual el cumplimiento real es del **0%**.

Meta de producto 2 (audiencias públicas de rendición de cuentas): En el oficio de asunto “*Seguimiento PLANTIC 2014, diciembre de 2014*”, se menciona que el Jefe de la Oficina de Planeación a través de Oficio 01057 de 2014, solicito las Regionales información respecto al cumplimiento de la Rendición de Cuentas en el marco de la Directiva 003 de 2013 y se muestra la información recopilada en la siguiente tabla:

Regional	Actas	Evaluación	Informe de gestión
Regional occidente	15	19	14
Regional oriente	11	5	15
Regional Viejo Caldas	22	22	22
Regional Noroeste	16	13	21
Regional Central	12	3	0
Regional Norte	1	0	4
Total	77	62	76

De acuerdo con la tabla anterior, el 56% de los ERON cumplieron su obligación, teniendo en cuenta que para la vigencia 2013 según el oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, el INPEC contaba con **138** establecimientos, y tan solo **77** llevaron a cabo la Rendición de Cuentas, si contamos con seis rendiciones de cuentas de cada regional y una del nivel central se encuentra que el cumplimiento general en realización de audiencias de rendición de cuentas es del **58%**.

Meta de producto 3 (Informes de rendición de cuentas): Según los 76 informes de gestión, reportados en la tabla del oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, tan solo el 55% de los ERON cumplieron con la elaboración del informe de gestión de la vigencia 2013, mientras que incluyendo las regionales y el nivel central, el cumplimiento se sitúa en el **57%**.

Meta de producto 4 (Informes de evaluación): Respecto a esta meta en el Oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, se reporta un avance del **0%**, sin mayor justificación del motivo del incumplimiento total de la meta de producto 4.

En conclusión el componente de rendición de cuentas a través de su línea de acción “*Transparencia en la gestión institucional*”, alcanzo en promedio un cumplimiento del **29%** (promedio de 0%, 58%, 57% y 0%), y no un **58%** como lo menciona el oficio de seguimiento PLANTIC 2014.

Se pudo evidenciar como resultado de la rendición de cuentas en la página web del INPEC, se tiene publicado un total de 42 informes del 2012, 32 informes del 2013 y 49 informes del 2014, como se muestra en la siguiente tabla:

DEPENDENCIA	AÑO		
	2012	2013	2014
SEDE CENTRAL		X	
REGIONAL CENTRAL			
E.P.M.S.C. LETICIA			
E.P.M.S.C.SANTA ROSA DE VITERBO		X	X
E.P.M.S.C. - J.P. CHIQUINQUIRA	X	X	X
E.P.M.S.C. DUITAMA		X	X
E.E.P.M.S GARAGOA			
E.P.M.S.C. GUATEQUE			
E.P.M.S.C. MONIQUIRA	X	X	X
E.P.M.S RAMIRIQUI			
EPC DE SOGAMOSO			
COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIOMETROPOLITANO DE BOGOTÁ "COMEB"			
EC DE BOGOTA D.C.	X		
EPMSC DE CAQUEZA			
EPMSC DE CHOCONTA			
EPMSC DE FUSAGASUGA	X		
EPMSC DE GACHETA			
EPC LA MESA	X	X	
EPMSC DE UBATE			
EPMSC DE VILLETA			
EPMSC DE ZIPAQUIRA			
RM DE BOGOTA D.C.		X	
COLONIA AGRICOLA DE MINIMA SEG. DE ACACIAS		X	X
E.P.M.S.C.-R.M.VILLAVICENCIO	X	X	
EPMSC DE GRANADA			
EPMSC DE MELGAR	X	X	
EPMSC DE GIRARDOT			
EPC NEIVA			
EPMSC DE GARZON			
EPC LA PLATA			
EPC PITALITO			
EPMSC DE FLORENCIA	X	X	

DEPENDENCIA	AÑO		
	2012	2013	2014
YOPAL EC			
TUNJA EPC	X	X	X
PURIFICACION EPC			
PAZ DE ARIPORO EPC			
GUAMO RM			
LA ESPERANZA EPC			
FLORENCIA HELICONIAS EP.	X		
ESPINAL EPC			
COMBITA EPCAMS		X	
CHAPARRAL EPC		X	
ACACIAS EPC	X	X	
REGIONAL OCCIDENTE			
EPMSC DE BOLIVAR			
EPMSC DE CALOTO			
EPMSC DE EL BORDO			
EPMSC DE PUERTO TEJADA			
EPMSC DE SANTANDER DE QUILICHAO			
EPMSC DE SILVIA			
RM DE POPAYAN			
EPMSC -RM -PASTO			
EPMSC DE IPIALES			
EPMSC DE LA UNION			
EPMSC DE TUQUERRES			
EPMSC DE TUMACO			
EPMSC DE MOCOA			
EPAMSCAS DE PALMIRA			
EPAMSC DE CALI			X
EPMSC DE BUGA			
EPMSC DE BUENAVENTURA			
EPMSC DE TULUA		X	
EPAMSCAS DE POPAYAN -ERE -			
COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE JAMUNDI "COJAM"	X		
EPMSC DE CARTAGO			
EPMSC DE CAICEDONIA			
EPMSC DE ROLDANILLO			
EPMSC DE SEVILLA			
REGIONAL NOROESTE		X	X
501 EPC LA PAZ	X	X	

DEPENDENCIA	AÑO		
	2012	2013	2014
502 EPMSC MEDELLIN	X		X
505 EPMSC ANDES	X		X
506 EC SANTA FE DE ANTIOQUIA			X
507 EPMSC BOLIVAR			X
508 EPMSC CAUCASIA			X
513 EPMSC JERICO	X		X
514 EPMSC DE LA CEJA	X		
515 EPMSC DE PUERTO BERRIO			
517 EPMSC SANTA BARBARA			X
518 EPMSC SANTO DOMINGO	X	X	X
519 EPMSC SANTA ROSA DE OSOS	X		X
521 EPMSC SONSON			X
523 EPMSC TAMESIS	X		X
524 EPMSC TITIRIBI			X
527 EPMSC YARUMAL			X
530 EPMSC QUIBDO			X
531 EPMSC APARTADO			X
533 EPMSC ISTMINA			X
537 COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE MEDELLIN PEDREGAL "COPEL"			
535 EP PUERTO TRIUNFO			X
REGIONAL NORTE			
301 EC BARRANQUILLA JYP			
302 EC SABANALARGA -ERE-			
303 EPMSC CARTAGENA			
305 EPMSC MAGANGUE			
307 EPMSC VALLEDUPAR -ERE-			
308 EPMSC MONTERIA			
313 EPMSC RIOHACHA			
314 EPMSC SANTA MARTA			
315 EPMSC CIENAGA			
316 EPMSC EL BANCO			
318 EPMSC SAN ANDRÉS			
319 EPMSC SINCELEJO			
320 ERE COROZAL			
322 EPMSC BARRANQUILLA			
323 EPAMSCAS VALLEDUPAR			
324 EPMSC TIERRALTA -JYP-			
REGIONAL ORIENTE			

DEPENDENCIA	AÑO		
	2012	2013	2014
401 EPMSC ARAUCA	X		X
405 EPMSC AGUACHICA	X		X
406 COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO METROPOLITANO DE CÚCUTA- "COCUC"		X	
407 EPMSC PAMPLONA	X		
408 EPMSC OCAÑA	X		
410 EPMSC BUCARAMANGA -ERE -	X		X
411 EPMSC BARRANCABERMEJA		X	X
413 EPMSC MALAGA	X		X
415 EPMS SAN GIL	X		X
416 EPMSC SOCORRO	X		
417 EPMSC SAN VICENTE DE CHUCURI	X		
418 EPMSC VELEZ	X		X
420 R.M. BUCARAMANGA	X		X
421 EPAMS GIRON	X		X
VIEJO CALDAS		X	
EPMSC MANIZALES	X	X	X
EPMSC ANSERMA			X
EPMSC AGUADAS	X	X	
EPMSC PACORA	X	X	X
EPMSC PENSILVANIA	X		X
EPMSC RIOSUCIO			
EPMSC SALAMINA		X	X
RM DE MANIZALES	X	X	X
EPMSC CALARCA	X		X
EPMSC ARMENIA	X	X	X
RM ARMENIA			X
EPMSC PEREIRA -ERE-	X	X	X
EPMSC DE SANTA ROSA DE CABAL			X
R.M. PEREIRA		X	X
COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE IBAGUE PICALAÑA "COIBA"	X	X	X
EC ARMERO - GUAYABAL			X
EPMSC FRESNO		X	
EPMSC HONDA			
EPMSC LIBANO	X		X
EPMSC PUERTO BOYACA			
EPAMSCAS LA DORADA -ERE-			
TOTAL INFORMES DE AUDIENCIA PUBLICADOS	42	32	49

DEPENDENCIA	AÑO		
	2012	2013	2014
TOTAL AUDIENCIAS PLANEADAS	145	145	144
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	29,0%	22,1%	34,0%

Es decir que para la vigencia 2013 de los **76** informes de gestión relacionados en el oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, tan solo se tienen publicados **32**, asimismo a pesar de que la Directiva 03 de 2013, en su numeral 14.11, asigna a los Directores Regionales, la misión particular: “**Remiten a la Oficina Asesora de Comunicaciones el informe de gestión para la rendición de cuentas de la Dirección Regional para su publicación en la página web del instituto**”, asimismo el numeral 15.13 ibídem asigna a los Directores de los ERON, la misión particular: “**Remiten a la Oficina Asesora de Comunicaciones el informe de gestión para la rendición de cuentas del establecimiento de reclusión para su publicación en la página web del instituto**”, (subrayado fuera de texto), se evidencia que algunos directores regionales y la mayoría de los directores de ERON, no están cumpliendo con la remisión del informe a la Oficina Asesora de Comunicaciones.

Po otra parte a pesar de que el oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, menciona que: “**...Junto con el presente informe se enviará a la Oficina de Sistemas de Información en medio magnético las actas recibidas de la rendición de cuentas para su publicación en la página web del INPEC...**”, no se encontró para ninguno de los tres niveles organizacionales, publicación de acta de audiencia de rendición de cuentas en la página web del INPEC.

La Oficina de Control Interno con el fin de evaluar las audiencias de rendición de cuentas realizadas en el INPEC, revisó el contenido de algunos informes frente al contenido mínimo relacionado en la Cartilla de administración pública denominada “*Audiencias Públicas en la Ruta de la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía de la Administración Pública Nacional*”, emitida por el DAFP en agosto de 2009.

Se tuvo en cuenta el cuadro “clasificación de contenidos de la rendición de cuentas a la ciudadanía” de la página 19 y 20, de la referida cartilla, el cual determina según los “mínimos institucionales obligatorios” y la Subclasificación: “2. Acciones para el fortalecimiento institucional”, que la rendición de cuentas debe incluir lo temas:

1. Plan de mejoramiento institucional
2. Estado de implementación del MECI y acciones de mejoramiento.
3. Evaluación de la Implementación del sistema de gestión de calidad
4. Mejoramiento de trámites institucionales
5. Acciones para garantizar la participación ciudadana en la gestión institucional.

6. Planta de personal de la entidad y número de contratistas frente a obligaciones asignadas.
7. Vinculación y evaluación meritocrática de gerentes públicos.

Para la revisión del contenido de las audiencias de rendición de cuentas, se tomó la muestra de los establecimientos que tienen publicado informe de audiencia de rendición de cuentas para los años 2012, 2013 y 2014, evidenciando que los informes correspondientes a la vigencia 2014, no cumplen los mínimos requeridos como lo muestra la siguiente tabla.

DEPENDENCIA	¿El informe incluye el tema?						
	1. Plan de mejoramiento institucional	2. Implementación MECI	3. Implementación SGC	4. Mejoramiento de trámites	5. Acciones para la participación ciudadana	6. Planta de personal y contratistas	7. Evaluación de gerentes públicos
E.P.M.S.C. - J.P. CHIQUINQUIRA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
E.P.M.S.C. MONIQUIRA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
TUNJA EPC	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
518 EPMSC SANTO DOMINGO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPMSC MANIZALES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPMSC PACORA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
RM DE MANIZALES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPMSC ARMENIA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO
EPMSC PEREIRA -ERE-	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE IBAGUE PICALAÑA "COIBA"	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO

Los datos de la tabla anterior evidencian que los EQUIPOS DE TRABAJO, establecidos por la Directiva 03 de 2013, de los cuales la Oficina Asesora de planeación hace parte, no cumplen la responsabilidad de: “**Verificar la evaluación realizada a la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia anterior y adoptar las acciones de mejora que correspondan**”, (subrayado fuera de texto), función asignada a estos equipos por la referida directiva.

La audiencia de Rendición de Cuentas de la Dirección General correspondiente a la vigencia 2013, se realizó el 07 de octubre de 2014, es decir que se realizó

posteriormente al mes de junio, incumpliendo así el plazo fijado por la Directiva 03 de 2013.

Según la presentación “Rendición de cuentas 2013 periodos comparativos 2012 - 2013” publicada en la página web del INPEC, y que contiene la planeación de esta audiencia, la unidad temática de la rendición de cuentas fue:

“ ...

Tema	Subtemas
<i>Seguridad penitenciaria y carcelaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hacinamiento (Tema ciudadanía)</i> • <i>Fuga de internos</i> • <i>Novedades con los internos</i> • <i>Remisiones y traslados (Tema ciudadanía)</i> • <i>Resultados seguridad Establecimientos</i> • <i>Resultados Programa de Vigilancia Electrónica</i>
<i>Atención social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Salud (Tema Ciudadanía)</i> • <i>Proyectos y Programas de atención básica de la población reclusa</i> • <i>Programa de salud publica</i> • <i>Modelo Educativo</i>
<i>Tratamiento penitenciario</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento penitenciario de la población condenada (Tema Ciudadanía)</i> • <i>Proyectos productivos</i> • <i>Convenios y logros alcanzados con entidades públicas y privadas</i>
<i>Gestión Financiera</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asignación Presupuestal Vigencia 2013</i> • <i>Ejecución Presupuestal Vigencia 2013</i> • <i>Adquisiciones Vigencia</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Presentación procesos contractuales realizados vigencia</i> • <i>Recursos físicos, logísticos, instalaciones, transporte, dotaciones.</i>
<i>Escuela penitenciaria y carcelaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plan anual de capacitación de la vigencia 2013</i> • <i>Programas de Formación</i> • <i>Resultados de la gestión</i>

Por otra parte, de acuerdo con la diapositiva 20 de la referida presentación, el informe de rendición de cuentas es el mismo “*Informe de gestión periodo 2012-2013*”, sin embargo, cabe anotar que este informe se publicó en la página web, el 01 de septiembre de 2014.

En correspondencia con lo anterior, debe elaborarse un acta de la audiencia y publicarse en la página web del INPEC, dado que la Directiva 03 de 2013, asigna en su numeral 9.5.4, al Grupo de Planeación Estratégica de la Oficina Asesora de Planeación, la responsabilidad: “**Elabora el acta de la audiencia pública de**

rendición de cuentas del señor Director General y la publica en la página web del instituto, (subrayado fuera de texto).

En la página web del INPEC, no se evidenció la publicación acta de la audiencia de rendición de cuentas realizada el 07 de octubre de 2014, tal como lo establece la Directiva 03 de 2013.

3.5.3 Racionalización de trámites

De acuerdo con el documento “*Plan anticorrupción y de atención al ciudadano INPEC 2014*”, el instituto estableció para el componente “*Racionalización de trámites*”, dos líneas de acción cada una con tres metas de producto establecidas en las tablas 10 y 13 (páginas 32 y 34) del plan, como se muestra a continuación.

Para la línea de acción 1: “***Eficiencia en los procesos Institucionales***”.

Tipo de meta	Descripción de las metas	Indicador de las metas	Línea Base	Meta del año
Meta de producto 1.	Promover reunión trimestral del Comité de Ética y Buen Gobierno a partir del mes de abril de 2014	Número de Reuniones al año del Comité de Ética y Buen Gobierno	0	3
Meta de producto 2.	Promover a través de los Agentes de Cambio la conformación y desarrollo de los Equipos Promotores de Prácticas Éticas al 100% de Regionales y ERON.	Porcentaje de Equipos con Promotores de prácticas Éticas constituido Direcciones Regionales y ERON	0	100%
Meta de producto 3.	Actualizar el Código de ética y buen gobierno	Código de ética y buen Gobierno actualizado	0	1

De acuerdo con el oficio 8110-OFPLA remitido al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación por el contratista Víctor Tique, con el asunto “*Seguimiento PLANTIC 2014, diciembre de 2014*”, respecto a esta línea de acción se evidenció:

Meta de producto 1 (Reuniones anuales del Comité de ética y buen gobierno): se reporta un avance del **33%**, que obedece a la reunión realizada en el mes de noviembre de 2014, evidenciando el incumplimiento de la meta, la cual más que un objetivo, es una obligación toda vez que la Resolución 6082 de 2012, establece en su artículo 4: “***...Reuniones. El Comité de Ética y Buen Gobierno se reunirá ordinariamente cada tres (3) meses y de manera extraordinaria cada vez que el Director General así lo requiera...***”, lo cual evidencia un incumplimiento a la referida resolución, como se mencionó en el numeral 3.3.1.1 de este informe.

Meta de producto 2 (Equipos con promotores de prácticas éticas constituido en las Direcciones Regionales y ERON): se registró un avance del **0%**, dado que para la conformación de los equipos se presupuestó la expedición del nuevo código de ética.

Meta de producto 3 (Código de ética y buen gobierno actualizado): se registra un avance del 0%.

Es decir que el promedio de cumplimiento de la línea de acción “**Eficiencia en los procesos Institucionales**” fue del 11% (promedio de 33%, 0% y 0%), en el oficio de seguimiento PLANTIC 2014, esta línea de acción fue incorporada en la línea de acción denominada “*Fomentar la cultura de transparencia*” del componente “*Mapa de riesgos de corrupción y estrategias para su manejo*”.

Para la línea de acción 2: “**Política de racionalización de trámites**”.

Tipo de meta	Descripción de las metas	Indicador de las metas	Línea Base	Meta del año
Meta de producto 1.	Acompañamiento técnico en la implementación de VISITEL en el 100% de los ERON que soliciten la integración de visitas	Porcentaje de ERON con VISITEL frente a los ERON que solicitan la integración	0	100%
Meta de producto 2.	Administración del aplicativo al 100 de ERON con VISITEL	Porcentaje de programación del aplicativo VISITEL, frente a los ERON con Visitel	0	100%
Meta de producto 3.	Socialización del esquema de integración a VISITEL al 100% de los ERON	Porcentaje de ERON con socialización de VISITEL	0	100%

Meta de producto 1 (ERON con VISITEL frente a solicitudes): en el oficio de seguimiento PLANTIC 2014 se reporta un cumplimiento del 100%, no se menciona el número de ERON, que solicitaron la integración, tan solo se indica que se logró la integración de 22 ERON, con el aplicativo implementado, vale la pena señalar que en la página 33, del PLANTIC 2014, se señala que 19 establecimientos cuentan con VISITEL implementado y en la página 34 ibídem se indica que 5 ERON estaban en proceso de implementación de este aplicativo. De acuerdo con lo expuesto en el oficio referido tan solo tres (3) de los cinco (5) establecimientos en proceso de implementación culminaron esta labor.

Por otra parte la tabla 12 del PLANTIC 2014, señala que cuatro ERON implementaron el VISITEL el 17 de febrero de 2014, es decir que el plan anticorrupción y de atención al ciudadano fue publicado con fecha posteriormente al 31 de enero de 2014, que es el plazo fijado por el artículo séptimo del Decreto 2641 de 2012, incumpliendo así este requisito legal, como se señaló en el numeral 3.3.2.6.2 de este informe.

Meta de producto 2 (Programación de VISITEL): el oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, establece que según reporte de la Oficina de Sistemas de Información se ha cumplido la programación de visitas en los ERON que tienen VISITEL implementado, es decir el avance es del 100%.

Meta de producto 3 (Socialización de VISITEL): el oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, señala que tan solo se ha socializado el VISTEL en los 22

establecimientos que lo tienen implementado, lo cual indica un avance del **16%** en la socialización.

En conclusión el promedio de cumplimiento de la línea de acción “**Política de racionalización de trámites**” fue del **72%** (promedio de 100%, 100% y 16%), al promediar las dos líneas de acción del componente racionalización de tramites del PLANTIC 2014 original, se encuentra cumplimiento promedio de tan solo el **41,5%** (promedio de 11% y 72%) se evidencia falta de planeación y de definición de metas retadoras para este componente del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

3.6 OTRAS RESPONSABILIDADES DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

3.6.1 Acuerdos de Gestión

El artículo 105 del Decreto 1227 de 2005 establece: “**Las Oficinas de Planeación deberán prestar el apoyo requerido en el proceso de concertación de los Acuerdos, suministrando la información definida en los respectivos planes operativos o de gestión anual de la entidad y los correspondientes objetivos o propósitos de cada dependencia. Así mismo, deberán colaborar en la definición de los indicadores a través de los cuales se valorará el desempeño de los gerentes...**”.

Al indagar por la forma en que la Oficina Asesora de Planeación, apoya el proceso de concertación de los acuerdo de gestión, el auditado manifestó que los resultados de los Planes de Acción son publicados en la página web de la entidad, para que sean utilizados para dicho seguimiento y evaluación. No se evidenció colaboración de la Oficina Asesora de Planeación, en la definición de indicadores para valorar el desempeño de los gerentes públicos.

En tal sentido el Manual de la Calidad MNC 001-08 V02, en el literal d) de su numeral 6.2.2 “*Competencia, Toma de Conciencia y Formación*”, establece:

“...El seguimiento al Nivel Directivo se realiza trimestralmente a cargo de la Oficina de Planeación; lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 50 de la ley 909 de 2004, que en su numeral 3 estipula el Acuerdo de Gestión será evaluado por el superior jerárquico en el término máximo de tres meses después de acabar el ejercicio, según el grado de cumplimiento de los objetivos...”

No se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación haya realizado seguimiento a los acuerdos de gestión del nivel directivo, según lo establecido en el Manual de la Calidad del instituto, teniendo en cuenta además que el Decreto 4151 de 2011, en el numeral 6 de su artículo noveno, asigna a la Oficina Asesora de Planeación la función de: “**Verificar que los acuerdos de gestión guarden armonía con los**

planes de la entidad", para tal fin el INPEC a través del "Manual para elaboración, seguimiento y evaluación de acuerdos de gestión MNAG 013-11-V01", en sus páginas 10 y 11, establece: "**La Subdirección de Talento Humano, será la responsable de archivar de manera individual los Acuerdos de Gestión en cada una de las hojas de vida de los Gerentes Públicos una vez el proceso se encuentre consolidado; en todo caso, deberá enviar copia de los mismos a la Oficina Asesora de Planeación**", no se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación haya recibido, copia de los acuerdos de gestión por parte la Subdirección de Talento Humano, como tampoco se soporta un requerimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación en tal sentido.

3.6.2 Software ISOLUCIÓN

El 15 de diciembre de 2011 a las 06:00 p.m., el INPEC publicó en el SECOP la invitación pública No. 51 – Proceso de mínima cuantía, con el objeto:

"Adquirir una solución compuesta por el software, licenciamiento del uso del software, para la implementación de una plataforma de auto configuración, incluyendo los servicios de instalación, configuración, pruebas, puesta en servicio debidamente interconectado, integrado, estabilizado y funcionando con las redes y sistemas de la entidad para la administración, gestión y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, bajo la norma técnica ISO 9001/NTCGP: 1000/MECI – 1000/ISO - 14001/HSAS – 18001/ISO 27001",
 (subrayado fuera de texto).

El estudio previo de este proceso, publicado en el mismo sitio un minuto antes de la invitación, establece entre otros los siguientes términos:

Numeral	Descripción
5. Plazo de ejecución del contrato:	"El plazo de ejecución será hasta el 31 de diciembre de 2011"
7. Tipo de contrato:	"Compraventa que cumple con las características de bilateral, oneroso y conmutativo"
14. Forma de pago:	"Se realizará un solo pago del 100% del valor, una vez se reciban a satisfacción los equipos, por parte del supervisor del contrato"

El 23 de diciembre de 2011 se publicó en el SECOP, la aceptación de la oferta de la firma ISOLUCIÓN con fecha 22 de diciembre de 2011 y dentro de los términos generales de la descripción contractual, se menciona:

LICENCIAMIENTO	
<ul style="list-style-type: none"> Licencias para 200 usuarios <p>Como oferente dentro de la Invitación Pública No. 51 de 2011, me comprometo a que en caso de adjudicación, prestaré en forma gratuita y durante un (1) año, mantenimiento preventivo a los elementos objeto de este proceso, que incluya modificaciones en la configuración, nuevas pruebas y puesta en servicio del software, para que esté debidamente interconectado, integrado, estabilizado y funcionando con las redes y sistemas de la entidad para la administración, gestión y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, bajo la norma técnica ISO 9001/NTCGP: 1000/MECI – 1000/ISO - 14001/HSAS – 18001/ISO 27001 sin costo adicional para el INPEC.</p>	

PROPUESTA ECONOMICA		
ITEM	ELEMENTO	VALOR UNITARIO
1	Módulo MECI	9.280.000
2	Módulo de Riesgos	9.280.000
3	Módulo de tablas de retención documental	4.640.000
4	Álbum de plantillas	0
5	Licencia para 200 usuarios	29.800.000
VALOR DE LA PROPUESTA ECONOMICA		53.000.000

De acuerdo con el estudio de mercado, la firma ISOLUCIÓN presento propuesta comercial con fecha de elaboración del 12 de abril de 2011, la cual en su capítulo 4 sugiere la metodología de proyectos que contempla las siguientes fases:

Fase	Actividades	Responsable
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Envío de documento de inicio de proyecto al cliente Reunión y/o teleconferencia de inicio de proyecto con el cliente Definición del plan de proyecto para validación del alcance y acuerdo de fechas del cronograma de actividades. Reunión y/o teleconferencia de sensibilización del proyecto con los usuarios involucrados por parte del cliente. Envío del documento plan de proyecto al cliente y el check list técnico para validación de requerimientos de instalación. Aprobación del documento plan de proyecto y del check list técnico para validación de requerimientos de instalación. 	ISOLUCIÓN CLIENTE
DESARROLLO (En caso de que aplique)	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de requerimientos adicionales incluidos en el alcance del proyecto (personalización de plantillas o desarrollo de ajustes) Validación y aprobación del documento informe de requerimientos Desarrollo de requerimientos aprobados 	ISOLUCIÓN CLIENTE
INSTALACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación de la instalación de ISOLUCIÓN® en la plataforma del cliente (instalación remota vía terminal services), según alcance y disposiciones previstas 	ISOLUCIÓN CLIENTE

Fase	Actividades	Responsable
	(horarios, tipo de instalación, restricción de acceso, tiempo disponible del personal del cliente) <ul style="list-style-type: none"> • Instalación en la plataforma del cliente (pruebas y producción), según orden de instalación con alcance acordado • Ajustes de instalación (aplica también en caso de incluir desarrollos) • Entrega de instaladores, manuales técnico y de usuario en medio magnético y la licencia de uso al cliente 	
CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y/o acompañamiento (según cronograma y perfiles definidos), sin embargo en caso de no ser ejecutadas pueden quedar a uso discrecional del cliente sin impedir la entrega del proyecto. • Registro en ISOLUCIÓN® de la información inicial básica para listas de selección o de referencia en el software (listado de procesos, tipos de acciones, etc.) 	ISOLUCIÓN CLIENTE
ENTREGA	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega del proyecto, firma de acta de entrega con horas de acompañamiento pendientes por tomar por decisión del cliente y forma del acta. 	ISOLUCIÓN CLIENTE
ACOMPañAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de acompañamiento (según cantidad de horas pendientes). En caso que el cliente haya decidido tomar estas horas posteriormente a la entrega del proyecto. 	ISOLUCIÓN
SOPORTE Y GARANTÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Paso del proyecto a SOPORTE para poder prestar garantía al cliente durante 12 meses. 	ISOLUCIÓN

En este punto es pertinente mencionar que un proyecto con la magnitud descrita en el objeto de la invitación pública, requiere el adecuado dimensionamiento de las fases descritas en la tabla anterior; sin embargo el plazo fijado para el desarrollo del proyecto fue tan solo hasta el 31 de diciembre de 2011.

Por otra parte la invitación pública 51 establece que el tipo de contrato es compraventa y por tal motivo fija la forma de pago en un solo desembolso del 100%, frente al recibo de **equipos por parte del supervisor**, cabe anotar que un contrato de compraventa es de **ejecución instantánea**, por tal razón al aceptar la oferta el día 22 de diciembre, se dio al proyecto un plazo **exageradamente corto** de tan solo seis (6) días hábiles (según horario de trabajo del instituto) para la *instalación, configuración, realización de pruebas, puesta en servicio interconectado, integrado, estabilizado y funcionando del software ISOLUCIÓN®.GOV*, además vale la pena resaltar que la adquisición del software no estableció compra de equipos por parte del INPEC, por tal motivo la forma de pago estuvo mal definida.

De acuerdo con el numeral 9.1 *Capacitación* de la propuesta comercial aceptada, las horas de capacitación pactadas fueron:

Sesiones de capacitación	Horas	Usuarios
Sesión de administración de la solución y el manejo de los módulos que la componen	26 horas	20 usuarios

A pesar de lo anterior, el 27 de diciembre de 2011, **tan solo cinco días después de la aceptación de la oferta económica** se suscribió acta de recibo a satisfacción de la licitación 51 de 2011, contrato 204 de 2011, en la que se menciona frente a la capacitación:

“...El equipo de trabajo seleccionado definirá conjuntamente con el cliente, los grupos de capacitación y el énfasis particular en cada uno de los temas...”

Es decir que quedó pendiente la fase de capacitación, **sin contemplar el riesgo de dejar actividades aplazadas en un contrato con un solo pago del 100%**, no se encontró en el expediente del contrato registro de las actividades realizadas para justificar la suscripción del acta de recibo a satisfacción.

El 6 de febrero se elaboró estudio previo, para ampliar el alcance del proyecto de instalación del software ISOLUCIÓN® .GOV, el cual determina las siguientes obligaciones del contratista:

“ ...

- 2.2.1 Instalación de los Módulos en la Plataforma del Instituto.
- 2.2.2 Sesiones de capacitación
- 2.2.3 Sesiones de acompañamiento
- 2.2.4 Servicio de Soporte y Mantenimiento incluido por 12 meses...”

El 7 de febrero de 2012, se realizó reunión de “*inicio de proyecto*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Implementación acta de reunión estándar*”; en el numeral tres del acta se menciona:

“El cliente no ha definido el equipo de trabajo para la puesta en marcha del presente proyecto”.

Adicionalmente en el numeral 4 de la misma acta se indica:

“...se informa el cliente que se instalarán dos ambientes del software (Pruebas y Producción) en el servidor o servidores que se designen para este fin por parte del cliente...”

Lo anterior permite inferir que la instalación del software no se había realizado a pesar de que ya se había firmado el acta de recibo a satisfacción el 27 de diciembre de 2011. Asimismo en el acta se menciona:

“Se informa al cliente que desde el momento de la instalación, los sitios de ISOLUCIÓN deberán estar respaldados por la política de backup establecida por el cliente, sobre todo cuando estos se empiecen a utilizar”, (subrayado fuera de texto).

El 23 de febrero de 2012, se llevó a cabo la reunión “seguimiento proyecto”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Implementación acta de reunión estándar*”; en esta se menciona en el numeral 1:

“Se explicó al cliente las responsabilidades del área de Tecnología de la entidad que debe estar involucrado en el proyecto con el fin de realizar los back ups de información de la herramienta y conservar las características del servidor en el cual se instale el aplicativo y las cuales fueron validadas en el Chek List Técnico. También se aclara que el área de Organización y Métodos será la encargada de soportar a los usuarios de la entidad a nivel de uso de la herramienta y será la encargada de administrar los parámetros y permisos del aplicativo”, (subrayado fuera de texto).

En el numeral 3 de la misma acta se menciona:

“El cliente aún no ha definido el equipo de trabajo para el proyecto de implementación de ISOLUCIÓN, debido a que falta la aprobación por parte de por parte de Cr (r) Gloria Niño Carlos / Jefe Oficina Asesora de Planeación INPEC”.

El 20 de marzo de 2012 mediante Oficio 7100-OFPLA-0239 con asunto “*Trámite contractual comité de contratación*”, la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, Solicita:

“Contratar la ampliación del software que permita manejar de manera integral la administración, gestión y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad y los planes institucionales del instituto nacional penitenciario y carcelario”

El 04 de abril a través de Resolución 1144 de 2012, el Director Administrativo y Financiero, justifica la contratación directa de acuerdo con la solicitud presentada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

El 12 de abril la firma ISOLUCIÓN presento la oferta económica, que establece:

Ítem	Valor
Modulo tableros de control	\$ 8.000.000
Modulo Planeación Estratégica	\$ 18.500.000
Instalación remota	INCLUIDO
Sesiones de capacitación en administración de ISOLUCIÓN y el manejo de los módulos que lo componen para 5 usuarios por 8 hora, por única vez, en sesiones de 4 horas.	INCLUIDO
Sesiones de acompañamiento para la implementación de ISOLUCIÓN® durante 8 horas, por única vez, en sesiones de 4 horas.	INCLUIDO
TOTAL INVERSIÓN	\$ 26.500.000

El 26 de abril de 2012 se suscribió el contrato de prestación de servicios 30 de 2012 con el objeto:

“Contratar la ampliación del software que permita manejar de manera integral la administración, gestión y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad y los planes institucionales del instituto nacional penitenciario y carcelario, de acuerdo con las especificaciones establecidas en los estudios Previos y la oferta presentada por el contratista”, (subrayado fuera de texto). La cláusula séptima de este contrato establece: **“El plazo de ejecución del contrato que se suscribe será de treinta (30) días, contados a partir del acta de inicio y/o de la aprobación de la Póliza...”**, (subrayado fuera de texto).

El 27 de abril la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, suscribió acta de inicio del contrato 30 de 2012.

El 30 de abril de 2012, es decir **tan solo tres (3) días después de la suscripción del acta de inicio**, la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación suscribió acta de recibo a satisfacción del contrato 30 de 2012, en esta acta no se registran evidencias de las actividades realizadas para justificar la suscripción del acta de recibo a satisfacción.

El 15 de mayo de 2012, se elaboró el documento denominado “Informe de instalación”, en formato del proveedor, el cual da cuenta de la instalación de los módulos “Indicadores- tableros de control” y “Planeación estratégica. La cláusula decima novena “*Control y vigilancia*”, del contrato de prestación de servicios 30 de 2012, establece las funciones del supervisor, específicamente la numero 7, menciona:

“Constatar el cumplimiento del objeto contractual en los plazos, condiciones y especificaciones previstas en el respectivo acuerdo”.

Es decir que se evidencia según las fechas señaladas para suscripción de acta de inicio, acta de recibo a satisfacción e informe de instalación, que el supervisor no dio cabal cumplimiento a esta función.

El 28 de mayo de 2012 a través del Oficio 8110-OFPLA-420, la Oficina Asesora de Planeación, definió, un cronograma para el desarrollo de la capacitación y acompañamiento, pendientes por parte de la firma ISOLUCIÓN, a través de 10 sesiones y una capacitación técnica, a desarrollarse entre el 22 de mayo y el 28 de agosto, de acuerdo con los contratos 204 de 2011 y 30 de 2012.

El 29 de mayo de 2012, se realizó reunión “*seguimiento proyecto*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Implementación acta de reunión estándar*”; en esta se menciona:

“Se informa al cliente que las plantillas a ajustar no se han realizado dado que el cliente no ha realizado la aprobación del informe. Se recomienda aplazar las sesiones de acompañamiento de documentación del 10 de junio, dado que las plantillas aún no estarían listas”

El 31 de mayo de 2012 se realizó reunión informativa de acuerdo con el acta en formato del proveedor con título “*acta de reunión estándar*”; en esta se realizó la capacitación técnica al profesional universitario Ricardo Día Rodríguez, que contemplo la siguiente agenda:

“1. Definición, 2. Esquema de desarrollo, 3. Arquitectura física, 4. Arquitectura lógica, 5. Backup de archivos, 6. Backup de base de datos, 7. Configuración de IP Pública, 8. Instalación de Teechart, 9. Instalación de servicio de agendamiento de tareas, 10. Configuración de correo, 11. Depuración de archivos, 12. Cargue masivo de indicadores (si el cliente tiene módulo de indicadores avanzados), 13. Instalación de servicio newsletter (si el cliente tiene módulo de clientes)”

El 12 de julio de 2012, el Director General del instituto, mediante Oficio 8100-DINPE-OFPLA-4449, solicitó la adición y prórroga del contrato 30 de 2012, por valor de \$ 4.500.000.

El 01 de agosto, la Subdirección de Gestión Contractual, mediante Oficio 85201-GOCOT-003260, respondió que no era viable adición y prórroga al contrato 30 de 2012, toda vez que ya se había cumplido el plazo fijado en el mismo. Adicionalmente, mediante Oficio 85201-GOCOT-3435 el 5 de septiembre se dio alcance al oficio anterior, indicando:

“...además de las razones allí consignadas, el contrato fue cancelado mediante orden de pago No. 415997912 del 9 de agosto de 2012...”

El 29 de agosto, mediante Oficio-8110-OFPLA-711, la oficina Asesora de Planeación definió cronograma para el desarrollo de sesiones de capacitación en temas de administración del software ISOLUCIÓN, talleres de indicadores de gestión, 5S y Gestión del Riesgo, programadas entre el 3 y el 28 de septiembre de 2012.

El 4 de septiembre de 2012, se realizó reunión de “*seguimiento proyecto*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Implementación acta de reunión estándar*”; cuya agenda fue:

“1. Revisión de plantillas documentales, 2. Varios”.

El 25 de septiembre de 2012, se realizó reunión “*seguimiento proyecto*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Implementación acta de reunión estándar*”; cuya agenda fue:

“1. Plantillas a personalizar, 2. Acceso remoto al servidor donde se encuentra instalado ISOLUCIÓN ® en el INPEC, 3. Varios”

El 7 de diciembre de 2012, se realizó reunión “*cierre proyecto*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*formato de reunión estándar implementación*”; la cual en su numeral 4 menciona:

“...Respecto a la liquidación del contrato se procede a realizar el cierre del proyecto:

✓ **Para la entrega formal de las actividades del proyecto se cumplió con el alcance inicial, implementación y desarrollo de la solución:**

- **ISOLUCIÓN Gov Vr.3.6 + MECI (TRD + TH + Planes y Programas) + Clientes, configurado en la plataforma de pruebas y producción del INPEC CON Base de Datos Oracle, con una licencia de uso exclusiva para 200 usuarios. La autenticación configurada es por Base de Datos, en los dos ambientes.**
- **Capacitación: se dictaron 33 horas de capacitación en Bogotá para los usuarios administradores y usuarios líderes de proceso.**
- **Acompañamiento: se dictaron 23,5 horas divididas entre los usuarios administradores y usuarios líderes de proceso.**

✓ **Como pendientes del proyecto se tiene:**

- **Se tienen pendientes por ejecutar 21,5 horas de capacitación /acompañamiento, las cuales se tomarán de acuerdo a programación establecida entre las partes. Estas horas tienen vigencia durante el año de garantía del proyecto.**
- **Así mismo se tiene pendiente la entrega de las plantillas ajustadas de acuerdo al álbum de plantillas y al informe de requerimientos aprobados por el Inpec Vr. 3: Guía, Manual, Caracterización del Proceso y Procedimiento.**
- **Por solicitud del Cliente se instala la plantilla Estándar de ISOLUCIÓN® - Mapa de Procesos, la cual tiene 4 niveles de procesos: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación.**
- **Finalmente se tiene previstos los pendientes que se relacionan en esta acta en la sección Compromisos de la reunión.**
- **El cliente tiene previsto adquirir un servidor para la instalación del aplicativo el próximo año, por lo tanto y de darse esta adquisición por parte de la entidad, ISOLUCIÓN S.A. realizará el traslado de los ambientes al nuevo servidor. Esto con el fin de garantizar que ISOLUCIÓN S.A. pueda tener acceso remoto al nuevo servidor, para atender cualquier incidencia reportada del software ISOLUCIÓN®.**

✓ **Se informa al cliente que el periodo de garantía se inicia a partir del 7 de diciembre de 2012 y su vencimiento va hasta el 6 de diciembre de 2013. A partir de la fecha cualquier reporte debe ser informada por medio de la cuenta soporte@isolucion.com.co, o de la línea telefónica en Bogotá 508 20 00 Opción 1”, (subrayado fuera de texto).**

El 21 de diciembre de 2012, se realizó reunión denominada “*otro*”, el acta de esta se elaboró en formato del proveedor con título “*Formato acta de reunión estándar implementación*”; cuya agenda fue: “**1. Validación y entrega de plantillas al cliente**”, no se encontró en el expediente del contrato información adicional sobre

el seguimiento a los asuntos pendientes registrados en el acta de cierre del proyecto, suscrita el 7 de diciembre de 2012.

El 31 de enero la firma ISOLUCIÓN, remitió comunicado al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación (encargado), exponiendo contexto y resumen de lo acontecido en el proyecto de implementación del software ISOLUCIÓN, entre otros aspectos menciona:

“A la fecha, el INPEC cuenta con 13 horas de capacitación pendientes por ejecución, de las cuales ya se tienen programadas 6 para ejecutarse.

ISOLUCIÓN S.A reitera su recomendación que se aprovechen de manera efectiva y al máximo las horas de capacitación pendientes para lograr la implementación adecuada de la herramienta”.

El 5 de abril de 2013, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación remitió a la firma ISOLUCIÓN comunicación con asunto: “*Solicitud de información horas de capacitación INPEC*”, mencionando:

“En atención a las sesiones de capacitación realizadas en el mes de enero de 2013, respetuosamente me permito solicitar se informe cuantas horas quedaron pendientes teniendo en cuenta que las capacitaciones por horario laboral del INPEC se impartieron de 2:00 a 5:00 p.m., quedando una hora o más en las sesiones adelantadas”.

El 19 de abril de 2013, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, mediante Oficio 8110-OFPLA-GRUDO-296, informo a la Jefe de la Oficina de Sistemas de Información:

“...la semana pasada al intentar ingresar a ISOLUCIÓN, software adquirido por la Oficina Asesora de Planeación, e instalado en una máquina virtual asignada por la Oficina a su cargo, no se logró acceder a través de la URL: <http://172.17.35.5/Isolucion...>

... asimismo el Ingeniero Mauricio Salgado informó que había ocurrido un inconveniente con el servidor y que se requería la instalación del Software, a lo cual se realizó el contacto con la empresa ISOLUCIÓN®, y manifestaron que le INPEC, debe realizar la reinstalación en atención a que se realizó la respectiva capacitación al ingeniero RICARDO DÍAZ el 31 de mayo de 2012...”

El 2 de mayo de 2013, la coordinadora del Grupo de Desarrollo Organizacional, de la Oficina Asesora de Planeación, mediante correo electrónico enviado a Liliana Ulloa de la empresa ISOLUCIÓN, con asunto “Solicitud de apoyo”, menciona:

“...Te cuento que consulte con la Oficina de Sistemas de Información, y me comunicaron que el Ingeniero Ricardo Díaz quien recibió la capacitación por parte de ustedes fue trasladado a otra entidad.

No se si teniendo en cuenta este evento nos puedan apoyar con la reinstalación...”

El 22 de agosto de 2013, Liliana Ulloa, Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, mediante correo electrónico enviado al funcionario Jaime Arias de la Oficina Asesora de Planeación, con copia a los Jefes de la Oficina Asesora de Planeación y de la Oficina de Sistemas, indica:

“Dado que el traslado al servidor nuevo adquirido por la entidad, quedo como compromiso del proyecto, este lo gestionaré directamente yo. Para el caso requiero que por favor me envíes diligenciado y con los pantallazos el documento adjunto para poder proceder con la programación del traslado”

El 9 de septiembre de 2013, Liliana Ulloa, Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, a través de correo electrónico enviado al funcionario Cesar Augusto Castañeda Narváez, con copia a los Jefes de la Oficina Asesora de Planeación y de la Oficina de Sistemas, solicita:

“...El área de desarrollo ha realizado la revisión del check list técnico para el cual no se evidencia la instalación del Framework 1.1, 2.0 y 4.0.

Te pido el favor que nos entregues los pantallazos de esta evidencia con el check list técnico, para revisar nuevamente y proceder con la programación...”

El 19 de septiembre de 2013, Liliana Ulloa, Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, mediante correo electrónico enviado al funcionario Cesar Augusto Castañeda Narváez, con copia a los Jefes de la Oficina Asesora de Planeación y de la Oficina de Sistemas, propone:

“...la fecha de traslado se propone para el próximo viernes 27 de Septiembre a partir de las 10 a.m. con el ingeniero David Castañeda. Así mismo, realizaremos un QA de este traslado el Martes 01 de octubre con la Ingeniera Ángela Barreto...”

El 19 de septiembre de 2013, Liliana Ulloa, Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, envía correo electrónico a la funcionaria Adriana Saavedra, con copia a los Jefes de la Oficina Asesora de Planeación y de la Oficina de Sistemas, indicando:

“Jenny me comentó que quieres programar las sesiones de capacitación / implementación de las horas que quedaron pendientes al cierre del proyecto, para el mes de Noviembre

***Por tal motivo de propongo las siguientes fechas:
Miércoles 06 de Noviembre de 8 am – 12 m.
Viernes 08 de Noviembre de 8 am -12 m...”***

El 20 de septiembre de 2013, el funcionario Cesar Augusto Castañeda envía a Liliana Ulloa Directora de proyectos de ISOLUCIÓN, vía correo electrónico con copia a los Jefes de la Oficina Asesora de Planeación y de la Oficina de Sistemas la aceptación:

“... No hay problema con la fecha propuesta, y ya se encuentra asignado el puesto de trabajo con acceso por KVM al equipo en mención”.

El 27 de septiembre de 2013, según documento denominado: “Formato acta de reunión estándar implementación” (folio 187 del expediente del contrato), se reunieron Cesar Castañeda, administrador del centro de cómputo del INPEC y David Castañeda, Ing. Soporte nivel II de ISOLUCIÓN S.A.; se consignó en el documento el siguiente desarrollo de la reunión:

- “1. El ingeniero Cesar Castañeda me informa el motivo por el cual solicitan la migración; fue porque aplicación estaba instalada en un servidor que funcionaba en una máquina virtual y el equipo “físico” donde estaba instalado se dañó ocasionando que la máquina virtualizada también fallara, igualmente informa que el personal de tecnología trató de reinstalar el sitio en un nuevo servidor destinado para tal fin pero no fue posible ya que la documentación junto con el CD entregado con el instalador de la aplicación no corresponde al Inpec por el contrario contiene información de otros clientes.***
- 2. Se procede a migrar la aplicación con un backup que el área de sistemas me suministro, pero se detecta que no hay datos salvados y que el backup no corresponde con lo que el Inpec según documentación debe tener instalado.***
- 3. Se informa de la situación al coordinador de servicio al cliente de Isolución.***
- 4. Se informa de lo presentado al personal encargado de planeación del Inpec, y solicitan que el sitio quede con las plantillas y mapa que ellos había elegido adicionalmente informan que durante el tiempo que tuvieron la herramienta no se le dio uso puesto que estaban en capacitaciones y se hacían sobre el sitio de pruebas por tal motivo no había mucha información para salvar en el sitio de producción, únicamente solicitan que se conserven los usuarios de producción en la base de datos.***
- 5. Se acuerda una próxima visita para dejar en correcto funcionamiento el sitio usando la base de datos actual.***

Segunda visita

- 1. Al llegar al lugar, el personal de sistemas me informa que se presentó una falla con la energía sugieren esperar 20 minutos para restablecer el funcionamiento de las máquinas.***
- 2. Se solicita la instalación de cliente ORACLE 10g como tipo Administrador, ya que dentro de sus componentes se encuentran los compatibles a la aplicación ISOLUCIÓN®; pero el área de sistemas del INPEC nos informa que por políticas internas de la compañía no se puede hacer dicha instalación en esa modalidad, sugieren escalar el caso nuevamente con***

planeación para que el DBA evalué el caso y determine si es posible proceder con este requerimiento el cual es esencial para el funcionamiento de ISOLUCIÓN®.

Esta determinación acarrea la suspensión del plan de reinstalación y espera a las decisiones”, (subrayado fuera de texto).

El 30 de septiembre de 2013, el funcionario Cesar Augusto Castañeda envía al Señor Juan Carlos Contreras Benjumea, Coordinador de servicio al cliente de ISOLUCIÓN, el mensaje:

“... De acuerdo a vista realizada por ustedes el día viernes 27.09.2013. Se requiere saber para cuando quedaría programada la próxima visita y dar por terminado el teme de la aplicación Isolución...”

El 30 de septiembre de 2013, el señor Juan Carlos Contreras Benjumea, responde:

“...Con el objetivo de dar continuidad y finalización al servicio profesional solicitado, ofrezco agendamiento para el próximo miércoles 02 de Octubre de 2013; a partir de las 8:00 am, nuestro ingeniero David Castañeda, será la persona de asistir...”

El 7 de octubre de 2013, Cesar Augusto Castañeda de la Oficina de Sistemas del INPEC, envía mensaje a Liliana Ulloa, Directora de proyectos de Isolución, solicitando:

“...De acuerdo con la situación presentada, y determinando que se requiere de un cronograma de la actividad a realizar. Me permito solicitar dicho cronograma para así poder determinar y responder ante Planeación del INPEC por la actividad que a la fecha se encuentra pendiente...”

El 7 de octubre de 2013, Liliana Ulloa, Directora de proyectos de Isolución, responde vía correo electrónico con copia a la Jefe de la Oficina de Sistemas del Inpec, lo siguiente:

“...Cesar, buenas tardes cordial saludo.

Entregaremos las fechas de las actividades a ejecutar una vez el Inpec haya realizado la instalación del cliente ORACLE 10g como tipo Administrador, para poder continuar.

Me confirmas por favor si ya quedo listo para reprogramar la instalación...”, (subrayado fuera de texto).

Posterior a esta fecha, en el expediente del contrato no se encontraron registros que permiten establecer si se llevó a cabo la reinstalación del software en los dos ambientes pruebas y producción.

El 13 de agosto de 2014 el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación suscribió Acta de liquidación del contrato de prestación de servicios 30 de 2012, sin dar

cuenta de los asuntos pendientes descritos en el *acta de cierre de proyecto*, suscrita el 7 de diciembre de 2012.

Asimismo es pertinente aclarar que aunque el software ISOLUCIÓN® .GOV fue instalado en modo pruebas y modo producción con la correspondiente creación de usuarios esto indica avances en la implementación del mismo, NO es evidencia de que el software se haya puesto en funcionamiento o se haya puesto en producción, según lenguaje técnico.

Teniendo en cuenta la anterior descripción de eventos del proyecto de implementación del software ISOLUCIÓN® .GOV, y que el objeto del contrato incluyó los servicios de: **“instalación, configuración, pruebas, puesta en servicio interconectado, integrado, estabilizado y funcionando con las redes y sistemas de la entidad...”**, al momento de la auditoría desarrollada se evidenció la falta de implementación del software ISOLUCIÓN, es decir que **han transcurrido aproximadamente 40 meses desde su adquisición sin que se haya puesto en funcionamiento**”.

El actual Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, ha realizado actividades tendientes a poner en funcionamiento dicho software, sin embargo éstas han resultado infructuosas, teniendo en cuenta que en el año 2014 se adelantó un proceso precontractual que finalmente se dio por cancelado de acuerdo **Oficio 8110-OFPLA 000981**, con fecha 21 de octubre de 2014, de asunto **“Solicitud de entrega de estudios previos”** remitido por la Oficina Asesora de Planeación a la Subdirección de Gestión Contractual el cual refiere: **“De manera atenta me permito solicitar la devolución de la carpeta del asunto de la referencia, relacionada con los “AJUSTES Y ADECAUCIONES AL SOFTWARE ISOLUCIÓN PARA EL MANEJO, ADMINISTRACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO”**.

La anterior solicitud se fundamenta en el análisis que se efectuó al alcance del objeto a contratar, al plazo de ejecución y a los porcentajes del pago; determinándose por esta Oficina Asesora que para la presente vigencia el contrato no se elaborará”, (subrayado fuera de texto).

En el año 2015, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, adelantó estudios previos con el objeto: **“Prestar servicios para la actualizar los parámetros de configuración y de operación del sistema integrado de planeación y gestión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario”**, por valor de veinticuatro millones novecientos cincuenta y cinco mil pesos (24.955.000), y adicionalmente estudios previos para celebración de un contrato de prestación servicios de apoyo a la gestión con el objeto **“Prestar servicios técnicos de apoyo en el ajuste y adecuación del software ISOLUCIÓN para el manejo, administración y mantenimiento del sistema integrado de planeación y gestión del Instituto**

Nacional Penitenciario y Carcelario”, por valor de dieciocho millones de pesos (18.000.000).

Es decir que el INPEC ha gastado setenta y nueve millones quinientos mil pesos (79.5000.000) en la adquisición de un software, que no ha utilizado y adicionalmente pretende gastar cuarenta y dos millones novecientos cincuenta y cinco mil pesos adicionales (42.955.000) para poner en funcionamiento el software adquirido hace más de **40 meses**, dando lugar a un posible detrimento patrimonial.

Lo anterior implica una investigación de orden fiscal de acuerdo con la Ley 610 de 2000, la cual en su artículo sexto establece: ***“Daño patrimonial al Estado. Para efectos de esta ley se entiende por daño patrimonial al Estado la lesión del patrimonio público, representada en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, uso indebido o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado, producida por una gestión fiscal antieconómica, ineficaz, ineficiente, inequitativa e inoportuna, que en términos generales, no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del Estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programa o proyecto de los sujetos de vigilancia y control de las contralorías. Dicho daño podrá ocasionarse por acción u omisión de los servidores públicos o por la persona natural o jurídica de derecho privado, que en forma dolosa o culposa produzcan directamente o contribuyan al detrimento al patrimonio público. El texto subrayado fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-340 de 2007”***.

Corresponde a la Oficina de Control Interno dar traslado de esta situación a la Contraloría General de la Nación, para lo de su competencia.

3.6.3 Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comité Institucional de Desarrollo Administrativo

El Decreto 4151 de 2011 establece en su artículo séptimo la estructura del INPEC, específicamente en su numeral 8 menciona: ***“Órganos de Asesoría y Coordinación 8.1. Comisión de Personal. 8.2. Comité de Coordinación del Sistema de Control”***. Asimismo el artículo 31 ibídem, señala: ***“ÓRGANOS DE ASESORÍA Y COORDINACIÓN. La Comisión de Personal, el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y demás órganos de asesoría y coordinación que se creen e integren, cumplirán sus funciones de conformidad con lo señalado en las Leyes 87 de 1993, 909 de 2004, los actos de creación y demás disposiciones legales vigentes”***. En tal sentido mediante Resolución 2412 de 2012, el INPEC conforme y reglamento el Comité de Coordinación de Control Interno.

Por otra parte, en el INPEC se ha venido reuniendo en el denominado “Comité Directivo”, como se evidencia en las actas: Acta 3 de abril 2014, Acta 5 de julio 2014, Acta 11 de enero de 2015, Acta 12 de enero 2015; las cuales llevan por título “**Dirección General Comité de Coordinación**”. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación en entrevista llevada a cabo el día 27 de abril del 2015, comentó que la convocatoria para las reuniones del denominado “Comité Directivo” la lidera la Dirección General y que la Secretaria Técnica la ejerció la Oficina Asesora de Planeación hasta el mes de noviembre de 2014, las referida acta inducen al error al relacionar un comité que no existe, se evidencia incumplimiento del numeral 4.2.4 de la norma NTCGP 1000 que establece: “Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables”, (subrayado fuera de texto).

No se evidenció la existencia de algún acto administrativo que establezca la conformación y reglamentación del denominado “Comité Directivo”, se encontró convocatoria firmada por el Director General de fecha 20 de enero de 2015, con el siguiente contenido: “**Con fundamento en lo establecido en el artículo 7 numeral 8 y artículo 31 del Decreto 4150, y demás relativos a los órganos de asesoría y coordinación, el Director General del INPEC convoca a sus Directivos, a comité de coordinación que se realizará...**”, (subrayado fuera de texto).

Carece de coherencia la referencia al Decreto 4150 “*Por el cual se crea la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - SPC, se determina su objeto y estructura*”, dado que el artículo 7, establece:

“Artículo 7°. Órganos de Dirección. La dirección y administración de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - SPC, estará a cargo de un Consejo Directivo y un Director General, quien tendrá la representación legal de la misma”.

Mientras que el artículo 31 señala:

“Artículo 31. Contratos y Convenios Vigentes. Los contratos, acuerdos, procesos de contratación en curso al momento de entrar en funcionamiento la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, cuyo objeto corresponda a las funciones y actividades propias de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios se entenderán subrogados a esta entidad. Para tal efecto, los representantes legales de las dos (2) entidades suscribirán un acta que contenga la relación de los mismos y formalizarán las respectivas subrogaciones”.

Es decir los artículos mencionados en la referida convocatoria no guardan relación con el asunto que se menciona, por lo tanto se concluye que esta se encuentra mal fundamentada.

Para la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el INPEC, la Oficina Asesora de Planeación realizó previamente la revisión de los comités existentes, con el fin de dar cumplimiento al literal b) del artículo sexto del Decreto 2482 de 2012, que señala: **“A nivel institucional, Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, instancia orientadora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en donde se discutirán todos los temas referentes a las políticas de desarrollo administrativo y demás componentes del modelo. Este comité sustituirá los demás comités que tengan relación con el modelo y no sean obligatorios por mandato legal...”**.

El párrafo del artículo 5, de la Resolución 1980 de 2014, señala que la Secretaria Técnica del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, estará a cargo del Coordinador del Grupo de Planeación Estratégica de la Oficina Asesora de Planeación, sin embargo el Decreto 2482 de 2012, establece en el literal b) de su artículo sexto: **“En el nivel central, dicho comité será liderado por el Viceministro o Subdirector de Departamento Administrativo o Secretarios Generales. En el nivel descentralizado, por los Subdirectores Generales o Administrativos, o los Secretarios Generales o quienes hagan sus veces. La Secretaría Técnica de este comité será ejercida por el Jefe de la Oficina de Planeación o quien haga sus veces”**.

De acuerdo con lo anterior la Resolución 1980 de 2014 fija una responsabilidad contraria a la establecida por el Decreto 2482 de 2012, es decir que faltó análisis jurídico previo a la adopción de la referida resolución, lo cual genera incumplimiento a lo que establece el Decreto 2482 de 2012.

Por otra parte de acuerdo con el artículo séptimo de la Resolución 1980 de 2014, el Comité institucional de Desarrollo Administrativo está conformado por:

“... ”

1. ***El Director de Gestión Corporativa o su delegado, quien lo preside.***
2. ***El Jefe de la oficina Asesora de Planeación***
3. ***El Jefe de la oficina de Sistemas de Información***
4. ***El Subdirector de Talento Humano***
5. ***El coordinador del Grupo de Atención al Ciudadano***
6. ***El coordinador del Grupo de Desarrollo Organizacional***
7. ***El coordinador del Grupo de Planeación Estratégica...***, (subrayado fuera de texto).

Se puede observar que el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo está conformado en su mayoría por funcionarios que pertenecen a la Oficina Asesora de Planeación, lo cual implica una concentración del poder decisorio de este comité. Asimismo de acuerdo con el modelo de operación por procesos sería importante que se revisará la conveniencia de incluir en el conformación de este comité un representante de los procesos misionales del instituto, teniendo en

cuenta la política “*Gestión misional y de Gobierno*”, establecida en el artículo tercero del Decreto 2482 de 2012.

Igualmente, es pertinente revisar la posibilidad de elevar a cargos de mayor jerarquía la conformación del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, dado que actualmente cuenta con tres coordinadores de Grupo, los cuales no corresponden a cargos del nivel directivo de la entidad.

3.6.4 Elaboración Anteproyecto de Presupuesto

En la auditoria el Coordinador del Grupo Programación Presupuestal, expuso el proceso de la elaboración del anteproyecto del presupuesto del Instituto.

Se observó que la información de las necesidades es solicitada mediante oficio a las diferentes dependencias de la Dirección General, Establecimientos de Reclusión y Regionales, como se evidencia el Oficio 8110-OFPLA-000085 febrero 11 de 2014 Dirección de Atención Tratamiento y Desarrollo y su respuesta en Oficio 8110-DIRAT-01378 de febrero 24 de 2014, enviado a las Regionales y ERON mediante Oficio 8110-OFPLA-000098 de febrero 11 de 2014.

La Dirección de Gestión Corporativa, Grupo de Presupuesto emitió las instrucciones para la elaboración del anteproyecto de presupuesto de Caja mediante Circular 0041 de septiembre 29 de 2014, la cual se establece que para la proyección de ingresos y gastos, los establecimientos de reclusión deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Comportamientos de la ejecución de las vigencias anteriores así como la ejecución de los ingresos del mismo periodo.
- b. Ventas de las actividades productivas.
- c. Comportamiento real de ejecución de los proyectos.
- d. Población reclusa.
- e. Meta de inflación 3%

Se evidenció que el Grupo de Programación Presupuestal, realiza análisis y depuración de la información enviada por las Dependencias, Establecimientos de Reclusión y Regionales según los formatos anexos a los Oficios 8110-OFPLA-000085 febrero 11 de 2014 y 8110-OFPLA-000098 de febrero 11 de 2014, de la carpeta anteproyecto de presupuesto vigencia 2015.

Para cotejar la información de los establecimientos se tiene en cuenta la ejecución de vigencias anteriores, ya que los documentos soporte que justifican la necesidad deben ser archivados en los Centros de Reclusión, para posteriores revisiones.

Se evidenció en la carpeta “*Necesidades a la unidad de servicios penitenciarios y carcelarios*” que el Grupo de Programación Presupuestal desagrega las necesidades de funcionamiento que van a ser solicitadas a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – SPC, una vez la información es depurada se

elabora el anteproyecto que es presentado a la Unidad - SPC y el del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

Los formularios 1, 2, 3, 4 y 4a son diligenciados y presentados dentro de los términos establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con revisión del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y la aprobación del Director General, se remite vía correo electrónico y la información es cargada al aplicativo SIIF Nación II, tal como lo establece el Decreto 2674 de 2012, se evidencia pantallazos fecha marzo 31 de 2015 de la carga de la información en el aplicativo.

3.6.5 Desagregación de Apropiaciones Presupuestales

Para realizar la desagregación presupuestal de las vigencias 2014 y 2015, el Grupo Programación Presupuestal de la Oficina Asesora de Planeación, verificó la Ley de presupuesto 1687 de diciembre de 2013 y la Ley 1737 de diciembre de 2014, el Decreto de liquidación 3036 del 27 de diciembre de 2013 y el Decreto 2710 de 26 de diciembre de 2014 publicados por el Ministerio de Hacienda.

La desagregación presupuestal no solamente es responsabilidad del Grupo de Programación Presupuestal, se tiene en cuenta la participación de las dependencias de acuerdo con las necesidades presentadas en el anteproyecto.

La desagregación de los gastos de comercialización se realiza con base a lo solicitado en el anteproyecto de Cajas Especiales, elaborado por los establecimientos de reclusión.

Antes del 20 de diciembre de cada vigencia se reúne el grupo de Programación Presupuestal y el grupo de tesorería para apoyar la elaboración de la programación PAC para lo cual se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Ejecución Presupuestal vigencia anterior.
- Disponibilidad Presupuestal.
- La desagregación de la apropiación presupuestal del año anterior.

Igualmente, apoya en la elaboración del plan de adquisiciones junto con la Subdirección de Gestión Contractual aplicando los lineamientos emitidos por Colombia Compra Eficiente.

No se evidenció la existencia de registros en el formato OP-11-068-99 “Programación presupuestal” de acuerdo con lo establecido en el procedimiento **“Elaboración Anteproyecto de Presupuesto PA-11-014-10 V02”**, en su actividad 1: **“...La Subdirección Administrativa o quien haga sus veces solicita a las dependencias de la Sede Central, Subdirecciones Regionales y Establecimientos de Reclusión del orden Nacional las necesidades en materia presupuestal en los rubros de la Cuenta Gastos Generales que**

directamente ejecutan utilizando el formato O.P. 11-068-99 Versión Oficial “Programación Presupuestal plan de compras”, (subrayado fuera de texto).

Se evidencia que se utiliza una versión del formato diferente a la publicada en la ruta virtual de la calidad, incumpliendo el requisito del numeral 4.2.3 “control de documentos”, literal c) de la Norma NTCGP 1000, que establece: **“asegurarse que se *identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos*”.**

Se observó una disminución significativa en el presupuesto aprobado para la vigencia 2015 respecto a la vigencia 2014, en los siguientes rubros presupuestales:

APROPIACIÓN RUBROS PRESUPUESTALES GASTOS GENERALES			
CONCEPTO	2014	2015	DIFERENCIA
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	2,225,798,130.00	1,319,946,876.00	41%
DOTACIÓN	9,069,388,448.00	8,383,400,000.00	8%
PAPELERIA UTILES DE ESCRITORIO Y OFICINA	2,202,000,000.00	1,200,000,000.00	46%
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE AL INTERIOR	1,800,000,000.00	1,000,000,000.00	44%
TRANSPORTE DE INTERNOS	21,582,287,134.00	16,100,000,000.00	25%

Fuente: Resolución desagregación de apropiaciones INPEC

3.6.6 Modificación Presupuestal

El grupo de Programación Presupuestal realiza un análisis de las modificaciones presupuestales solicitadas por las dependencias o establecimientos de reclusión, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Verificar el comportamiento del Rubro presupuestal.
- Recursos Disponibles.
- Solicitud del Certificado de Disponibilidad Presupuestal

Una vez evaluada la solicitud de modificación presupuestal se define la clase de acto administrativo de modificación presupuestal ya sea por medio de Resolución o Acuerdo, se evidencio el cumplimiento de la actividad 7 del procedimiento “Modificación Presupuestal PA 11-016-10 V02”.

Se verificó la Resolución 2063 del 20 de junio de 2014, de modificación presupuestal, por valor de \$1.259.498.473, igualmente en la vigencia solamente

se tramito un traslado presupuestal el cual fue aprobado por el Consejo Directivo y autorizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante Acuerdo 002 de noviembre 25 de 2014.

Se evidenció en la carpeta “*modificaciones presupuestales*” todos los documentos soportes archivados de acuerdo con el procedimiento.

3.6.7 Vigencias Futuras

Se evidenció en la carpeta “vigencias futuras” que el Grupo de Programación Presupuestal hace análisis de los gastos recurrentes con la Dirección de Gestión Corporativa para determinar las necesidades en los rubros presupuestales como: Seguridad privada, Aseo y cafetería, Combustibles y lubricantes, Seguros generales y otros y Transporte de internos, en la vigencia 2014 se aprobó vigencias futuras para los años 2015 y 2016 mediante comunicación Numero de radicación 2-2014-039693 de Octubre 21 de 2014.

Para realizar el estudio de las vigencias futuras se evalúan los siguientes parámetros:

- Como mínimo, de las vigencias futuras que se soliciten se deberá contar con apropiación del quince por ciento (15%) en la vigencia fiscal en la que estas sean autorizadas.
- Periodo de tiempo que cubrirá la Vigencia futura.
- Rubros factibles que se deben tener en cuenta para el trámite.

Se evidenció en la carpeta asignaciones presupuestales los documentos soportes archivados de acuerdo con el procedimiento: “*Asignación de Recursos a Establecimientos de Reclusión, Subdirección Escuela Penitenciaria Nacional y Regionales en algunos rubros del Presupuesto de Funcionamiento*”.

Según Acta 153 de reunión de la Oficina Asesora de Planeación de diciembre de 2014, se realizó la programación para asignar recursos al inicio de la vigencia principalmente en algunos rubros presupuestales para el normal funcionamiento en los Establecimientos de reclusión y Regionales teniendo en cuenta los siguientes parámetros para su asignación:

1. Comportamiento ejecución vigencia anterior,
2. % ejecución presupuestal,
3. Crecimiento población reclusa,
4. Asignación de apropiación inicial, se evidencio en la carpeta todos los documentos soportes archivados de acuerdo al procedimiento.

Se evidenció en el cuadro de Excel “distribución de partidas a establecimientos” que teniendo en cuenta los parámetros anteriormente mencionados se elabora la resolución de asignación de partidas presupuestales, el grupo de Programación Presupuestal como valor agregado a las funciones asignadas elabora los archivos planos de las asignaciones a las subunidades ejecutoras, para que estos sean

cargados al aplicativo SIIF Nación II por el grupo de presupuesto de la Dirección de Gestión corporativa.

Se evidencian registros electrónicos de las actividades que desarrolla el grupo de Programación Presupuestal para consulta desde cualquier equipo de cómputo de esta oficina así mismo se cuenta con un archivo de gestión organizado físicamente y digitalmente, este fue el único grupo de la oficina de planeación que suministro evidencias solicitadas de manera inmediata.

3.6.8 Aplicativo SISIEC WEB – fase I

Se solicitaron los registros resultado de la aplicación del procedimiento: *“Recolección, Consolidación, Análisis y Divulgación de la Información Estadística PA 11-021-02 V02”*, el cual se encuentra publicado en la Ruta Virtual de la Calidad, tales registros no se encontraron, ya que corresponden a formatos para consignación de información en medio físico, y actualmente, los datos estadísticos se manejan a través del aplicativo SISIEC WEB (Fase I), lo anterior evidencia la desactualización del procedimiento PA 11-021-02 V02.

Para el desarrollo del módulo estadístico del software SISIEC WEB (Fase II), el Grupo de Estadística no ha sido convocado, razón por lo cual el coordinador remitió oficio No. OPLA-0240 de fecha 27 de abril de 2015, con asunto “Solicitud” a la Oficina de Sistemas de Información, requiriendo la migración del MODULO DE ESTADISTICA a la fase II del SISIEC WEB.

Mediante consulta del Módulo Estadístico, opciones: Parte Diario - Población de Internos por nivel Académico - Población de Internos con Educación Superior, del aplicativo SISIEC WEB, se corroboró la información estadística del Establecimiento la Modelo de Bogotá.

Se evidenció que mediante Circular 019 de 2011 emitida por el DANE, se estableció que: **“...Todos los establecimientos de reclusión sin excepción, deben mantener actualizado el sistema de información diariamente...”** asimismo mediante Resolución 3670 de 2011, se realizó la adopción del aplicativo SISIEC WEB, y adicionalmente mediante Oficio 8100-DINPE-OFISI-1596 de 2014, de la Oficina de Sistemas de la Información, se comunicó a los *Directores de los establecimientos penitenciarios la obligación de “...reportar y actualizar diariamente el SISIEC so pena de incurrir en una falta disciplinaria gravísima...”*, de acuerdo con el artículo 43 de la Ley 1709 de 2014.

Se observó que en los equipos de cómputo de los funcionarios del Grupo, tiene al aplicativo SISIEC WEB y al manual para su manejo, el Coordinador del Grupo indicó que él da las capacitaciones de manejo del aplicativo SISIEC WEB a sus colaboradores, sin embargo no se evidenció registro de esta actividad.

3.6.9 Funciones del Grupo de Estadística

Se evidenció la publicación en la página de la Institución de: reportes estadísticos mensuales, revista anual estadística e informe histórico. Adicionalmente se observó la impresión de fichas personales del informe, para ser entregado a la Dirección General.

Refirió el auditado que recientemente la Oficina de Atención al ciudadano, requirió apoyo para la diagramación de datos estadísticos, y que asimismo se brinda apoyo a las dependencias regionales, en forma personalizada de acuerdo a las necesidades. No obstante los recursos limitados para desplazamientos a las Regionales y Establecimientos de reclusión, se desarrollan capacitaciones, de forma virtual, telefónica y personal, luego de las cuales las Direcciones Regionales generan su propia información estadística, para la presentación de informes a nivel regional.

Al comparar los informes estadísticos de enero, febrero y marzo de 2015, en forma aleatoria y en entre sí, respecto a las tablas y graficas (variación población reclusa ERON, 2014-2015, ERON con mayor índice de hacinamiento, Población reclusa por rango de edad, etc.) verificando que los datos estadísticos tuvieran variaciones ascendentes o descendentes y no se tomaran los mismos del mes anterior.

Se compararon los reportes generados por el aplicativo SISIPEC WEB, modulo estadístico, de dos establecimientos (Modelo, Santa Rosa de Viterbo), verificando que los datos estadísticos fueron actualizados a la fecha de la auditoria.

El coordinador del grupo manifiesta que existe un riesgo de incumplimiento de actividades del grupo, por falta de personal, teniendo en cuenta que el grupo cuenta con tres colaboradores y el coordinador, un funcionario nombrado mediante la convocatoria 250, y lleva posesionado veinte días y dos contratistas por seis meses.

3.6.10 Implementación de Nuevas Herramientas

El Coordinador del Grupo de estadística, informó que se está desarrollando un nuevo aplicativo con el programa Jaspersoft, "*Tablero Virtual de Datos*", el cual se actualizará automáticamente cada dos horas, cuyo diseño es del Grupo de Estadística y desarrollo de la Oficina de Sistemas de Información.

Se informa que se está elaborando un estudio, el cual se va a publicar mediante una matriz en la página Web Institucional, con el posible nombre de "Momentos históricos INPEC" donde se referencia la normatividad y eventos externos como la Reforma Ley 65 y las huelgas. La finalidad de este informe es mostrar cómo han incidido tales eventos en el crecimiento o decrecimiento de la población interna y presentar un análisis del comportamiento demográfico.

3.6.11 Certificación del Proceso Estadístico

Se evidenció que el Grupo de Estadística se encuentra certificado por el DANE en la vigencia 2012 – 2013 - 2014 con calificación B (Bueno), y en el mes de febrero de 2015 nuevamente fue evaluado para la actualización de la certificación del DANE, y queda pendiente la oficialización y la entrega de la Certificación para la vigencia 2014 – 2015 -2016, con calificación B (Bueno).

Los Metadatos como son: Documento Metodológico, Ficha Técnica Registro de la sistematización integral del Sistema Penitenciario y Tratamiento carcelario y el Glosario de Términos, los cuales fueron aprobados por el DANE, están publicados en la página Institucional

3.6.12 Seguridad de la Información

Respecto a la confidencialidad de la información se tiene establecido el documento “Compromiso de Confidencialidad para la reserva de la información” el cual se encuentra firmado por los colaboradores del grupo, el coordinador y la Jefatura de la Oficina de Planeación.

Se evidenció que se tienen archivos digitales desde al año 2001, y que tienen estadísticas históricas desde 1938, en discos DVD, por otra parte el coordinador del grupo indicó que porta consigo una memoria USB personal con la información reciente para poder dar respuesta en cualquier momento, a la Dirección General (fines de semana y festivos). Teniendo en cuenta el compromiso de confidencialidad, portar información en un medio extraíble, genera riesgo de fuga de información, que es pertinente revisar, teniendo en cuenta que el INPEC, tiene previsto implementar un Sistema Integrado de gestión bajo los requisitos de la Norma ISO 27000 “Sistema de Gestión de Seguridad de la Información”.

4. HALLAZGOS

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
1	Numeral 4.2.2 de la norma NTCGP 1000, literal a)	<p>El Manual de la Calidad MNC-001-08-V02, no incluye el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC.</p> <p>El motivo expuesto para la exclusión del numeral 7.5.2 de la norma NTCGP 1000:2004, no es justificación dado que los servicios del INPEC requieren la presencia del cliente para su elaboración y por lo tanto las deficiencias de tal servicio son observables después de la prestación del mismo, (ver numeral 3.1.1 de este informe).</p>	<p>El sistema de gestión la calidad, no se encuentra implementado.</p> <p>El sistema de gestión de la calidad no es revisado de manera continua.</p>	<p>Ausencia de lineamientos esenciales del sistema de gestión de la calidad.</p>
2	Numeral 4.2.3 “Control de documentos” literal d) de la Norma NTCGP 1000	<p>No se encontró publicación en la Ruta Virtual de la Calidad de los anexos: Listado maestro de procesos, listado maestro de procedimientos y listado maestro de documentos complementarios del SGC, es decir el manual de la calidad se encuentra publicado de manera parcial, (ver numeral 3.1.1 de este informe).</p> <p>Al dar clic sobre el enlace correspondiente al proceso de “Atención Social”, se desplega la</p>	<p>Falta de aplicación de controles al momento de publicar los documentos.</p>	<p>Desinformación de los usuarios.</p>

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		caracterización del proceso de “Planificación Institucional” y no la del proceso de “Atención social”, (ver numeral 3.1.6 de este informe).		
3	Numeral 4.2.3 “Control de documentos” literal c) de la Norma NTCGP 1000	<p>Se evidenció en la página web del INPEC, publicada dentro del portafolio de servicios, una política de calidad que difiere de la publicada en la Ruta de la calidad, (ver numeral 3.1.2 de este informe).</p> <p>Según Resoluciones 4358 y 4586A de 2014 se evidenció que coexistieron en el Sistema de Gestión de la Calidad del INPEC, dos procedimientos para el control documental entre el 11 y el 21 de noviembre de 2014, (ver numeral 3.1.6 de este informe).</p> <p>Se evidenció diferencias en los principios y valores publicados en el Código de ética frente a los publicados en el Plan Estratégico 2011-2014., (ver numeral 3.3.1.1 de este informe).</p> <p>Se evidencia que se utiliza un formato diferente al publicado en la Ruta virtual de la calidad, denominado “formato O.P. 11-068-99 Programación Presupuestal plan de compras”.</p>	Falta de control para identificar el estado versión vigente de los documentos	Desinformación de los usuarios.

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
4	Numeral 5.3 “política de la calidad” literal b) de la Norma NTCGP 1000:2009.	No se evidenció la revisión por la alta dirección de la política de calidad, frente a la coherencia con el plan de desarrollo 2011-2014, (ver numeral 3.1.2 de este informe).	Desinterés por el sistema de gestión de la calidad. Falta de revisión del sistema de gestión de la calidad	Sistema de gestión de la calidad sin lineamientos coherentes con el plan de desarrollo.
5	Numeral 5.4.1 de la Norma NTCGP 1000:2009	Se evidenció que en el anexo 3 del manual de la calidad MNC-001-08-V02, “Política y objetivos de la calidad del INPEC”, los indicadores para la medición de objetivos de la calidad, no cuentan con meta definida, es decir que no son medibles. No se evidenció que estos indicadores hayan sido medidos (ver numeral 3.1.3 de este informe).	Falta de planificación y revisión del sistema de gestión de la calidad	Sistema de Gestión de la Calidad sin medición y seguimiento.
6	Numeral 5.4.2 literal a) de la Norma NTCGP 1000	No se evidenció la planificación de cambios al Sistema de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta que recientemente fueron reestructurados los procesos del instituto y que actualmente las matrices de riesgos se encuentran en revisión, (ver numeral (ver numeral 3.1.5 de este informe).	Desconocimiento de la norma NTCGP 1000	Implementación de algunos requisitos de la norma NTCGP 1000 y no del Sistema de Gestión de la Calidad

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
7	Numeral 4.2.3 “control de documentos” literal e) de la Norma NTCGP 1000	Se evidenció que las caracterizaciones de los procesos de apoyo publicadas a través de uno de los puntos de uso, no cuentan con código, versión y fecha de aprobación en el encabezado, (ver numeral 3.1.6 de este informe).	Inadecuado esquema de publicación	Confusión en la consulta de documentos por parte de los usuarios
8	Numeral 4.2.3 “control de documentos” literal f).	Se evidenció que el normograma asociado al proceso de “Planificación Institucional” no incluye la Ley 1712 de 2014, es decir que no se han identificado los requisitos legales de este proceso, (ver numeral 3.1.6 de este informe).	Falta de seguimiento a la legislación aplicable a los procesos.	Desconocimiento de la normatividad aplicable al proceso.
9	Numeral 4.2.4 “Control de registros” de la Norma NTCGP 1000	Se evidenció que no se ha documentado un procedimiento para el control de registros que incluya los controles de: identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros del SGC, (ver numeral 3.1.7 de este informe). Se evidencia existencia de actas de reuniones denominadas “ <i>Dirección General Comité de Coordinación</i> ”, sin que exista en el INPEC UN COMITÉ así nombrado, por lo anterior se incumple del numeral 4.2.4 de la norma	Desconocimiento de la norma NTCGP 1000	Implementación de algunos requisitos de la norma NTCGP 1000 y no del Sistema de Gestión de la Calidad

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		<p>NTCGP 1000 que establece: “Los registros deben permanecer legibles, <u>fácilmente identificables y recuperables</u>”, (subrayado fuera de texto). Ver numeral 3.6.3 de este informe.</p>		
10	<p>Numeral 4.2.1 “Generalidades” de la Norma NTCGP 1000</p>	<p>No se evidenció la existencia de registros de en el formato OP-11-098-00 V02, establecido en el procedimiento: “Identificación, tratamiento y seguimiento del producto/servicio no conforme” PA-025-07 V01.</p> <p>No se encontró registro de informe semestral establecido en la actividad 10 del procedimiento “Control de acciones correctivas y preventivas” PA-11-002-01.</p> <p>No se encontró registro de revisión por la dirección según el procedimiento: “Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad” PA-11-024-06.</p> <p>(Ver numeral ¡Error! No se encuentra el rigen de la referencia. de este informe).</p>	<p>Desconocimiento de la norma NTCGP 1000</p> <p>Falta de actualización de la documentación del sistema de gestión de la calidad</p> <p>Falta de implementación del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Falta de lineamientos para las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Contradicciones en la documentación del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Falta de evidencia del cumplimiento de requisitos esenciales del sistema de gestión de la calidad</p>

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
11	<p>Numeral 8.2.3 “seguimiento y medición de los procesos” de la norma NTCGP 1000:2009</p>	<p>No se evidencio que se haya definido un mecanismo que dé cuenta de la eficiencia del proceso Planificación Institucional, de acuerdo con la revisión del anexo 2 de la caracterización del proceso de “Planificación Institucional”, este no tiene indicador de eficiencia, (ver numerales 3.1.8 y 3.3.2.4 de este informe).</p> <p>No se evidenció armonización entre los indicadores anexos a las caracterizaciones y los indicadores de los planes de acción, teniendo en cuenta que los mecanismos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de las partes interesadas, y no se puede establecer en qué proporción aportan los unos y los otros a la medición de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos.</p> <p>No se evidenció publicación en la página web del INPEC, de resultados de los indicadores anexos a las caracterizaciones (Ver numeral 3.3.2.4 de este informe).</p>	<p>Desconocimiento de la norma NTCGP 1000</p> <p>Falta de seguimiento a los procesos</p>	<p>Procesos sin control y seguimiento</p>

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
12	Resolución 571 del 7 de marzo de 2013.	La Resolución 2389 de 2012, en el párrafo de su artículo 4, señala " <i>El rol que asumirá el funcionario directivo de primer nivel aquí designado será el de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias para la implementación, desarrollo y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión pública adoptados por la entidad de acuerdo con las políticas establecidas por la Dirección General</i> ", (subrayado fuera de texto). Se evidencia un error porque asegurar que el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es funcionario directivo contradice la Resolución 571 del 7 de marzo de 2013 (página 74) que establece este cargo en el nivel asesor (ver numeral 3.1.9 de este informe).	Desconocimiento de la normatividad. Falta de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad	Contradicción entre directrices internas
13	Numeral 5.5.2 de la Norma NTCGP 1000, literal b).	No se evidenció que el representante de la dirección haya informado a la Dirección General del INPEC sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, en los años 2013 y 2014, (ver numeral 3.1.9)	Desconocimiento de la normatividad. Falta de implementación de componentes del SGC	Desinformación sobre el estado del SGC.

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
14	<p>Artículo 2, parágrafo 1 de la Ley 872 de 2003</p> <p>Numeral 5.6.1 "Generalidades" de la Norma NTCGP 1000</p>	<p>No se evidencia registros de revisión por la dirección, y de acuerdo con la versión de los auditados nunca se ha realizado dicha revisión, con la frecuencia que establece la Norma NTCGP 1000 (ver numeral 3.1.10 de este informe).</p>	<p>Falta de aplicación de los principios de calidad: liderazgo y participación.</p> <p>Falta de toma de decisiones para el crecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Obsolescencia del sistema de gestión de la calidad</p>
15	<p>Resolución 571 de 2013 (página 74), función 5.</p>	<p>No se evidenció la consolidación completa de la información de entrada para la revisión por la dirección de acuerdo con el numeral 5.6.2 de la norma NTCGP 1000, (ver numeral 3.1.10 de este informe).</p>	<p>El sistema de gestión de la calidad no está implementado</p>	<p>Falta de decisiones gerenciales frente a los resultados del sistema de gestión de la calidad</p>
16	<p>Artículo quinto del Decreto 4110 de 2004</p>	<p>No se evidenció:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Registro de no conformidades como resultado de la evaluación del desempeño de los procesos. b) Control de los procesos, dado que frente a la generación de un alto volumen de reclamos, la entidad no registra acciones preventivas o correctivas que haya permitido evaluar los controles establecidos para replantearlos en razón a su efectividad. c) Registro de acciones correctivas como resultado de la autoevaluación institucional. 	<p>Falta de compromiso de la dirección con el Sistema de Gestión de la Calidad</p>	<p>Sistema de gestión de la calidad inoperante</p>

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		d) Publicación de resultados del desempeño del sistema de gestión de la calidad de cara a la ciudadanía. e) Actualización de la documentación frente al cambio en la legislación aplicable y la doctrina institucional, dado que la mayor parte de los procedimientos del sistema de gestión de la calidad fueron aprobados en el año 2008 y anteriores, (ver numeral 3.1.11 de este informe).		
17	Numeral 2° del artículo 8 de la Ley 80 de 1993	El señor TIQUE, suscribió con el INPEC contrato de prestación de servicios No. 36 el 17 de enero de 2014, estando en incompatibilidad , teniendo en cuenta que mediante Resolución No. 005716 del 17 de diciembre de 2012, el Señor VICTOR MANUEL TIQUE, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.417.820 de Bogotá, fue encargado de la jefatura de la OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, Código 1045 Grado: 11, encargo que desempeño hasta el día 6 de marzo de 2013.	Desconocimiento de la Ley Falta de control legal en la suscripción de contratos	Sanciones
18	Resolución 2389 de 2012, artículo 13	No se evidenció realización de reuniones mensuales del equipo operativo CALIDAD-MECI, teniendo en cuenta que han transcurrido aproximadamente 32 meses desde la	Falta de supervisión del equipo CALIDAD-MECI	Modelo Estándar de Control Interno sin implementación

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		expedición de la Resolución 2389, debería existir igual número de actas de reunión, (ver numeral 3.2.1 de este informe).		
19	Resolución 2389 de 2012, artículo 16	No se evidenció designación de integrantes del equipo operativo CALIDAD-MECI, frente a la ausencia temporal o absoluta de algunos de sus integrantes, (ver numeral 3.2.1 de este informe).	Falta de supervisión del equipo CALIDAD-MECI	Modelo Estándar de Control Interno sin implementación
20	Resolución 2389 de 2012, artículo 17	No se evidenció conformación de los equipos CALIDAD-MECI, en cada una de las regionales del INPEC, (ver numeral 3.2.1 de este informe).	Falta de supervisión del equipo CALIDAD-MECI	Modelo Estándar de Control Interno sin implementación
21	Resolución 2389 de 2012, numeral 1 del Parágrafo del Artículo 18	No se evidenció que el equipo de auditores internos de la calidad haya ejercido su rol de desarrollo de auditorías internas de la calidad (ver numeral 3.2.2 de este informe).	Falta de personal con capacitación en auditoría interna	Sistema de gestión de la calidad inoperante
22	Numeral 8.2.2 de la norma NTCGP 1000	No se evidenció la realización de auditorías internas de la calidad para el año 2012 y posteriores, (ver numeral 3.2.2 de este informe).	Desconocimiento de la norma NTCGP 1000 Falta de liderazgo en el sistema de gestión de la calidad	Sistema de gestión de la calidad inoperante

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
23	Resolución 6082 de 2012, artículo 4.	No se evidenció realización de reuniones trimestrales del Comité de Ética y Buen Gobierno, ya que han transcurrido aproximadamente 9 trimestres desde la expedición de la Resolución 6082, debería existir igual número de actas, (ver numeral 3.3.1.1 de este informe).	Desconocimiento de la normatividad aplicable a la gestión ética	Inexistencia de gestión ética en el instituto
24	Resolución 6082 de 2012, artículo 6.	No se evidenció que el secretario del Comité de Ética y Buen Gobierno, haya: a) Convocado las nueve sesiones trimestrales que han debido tener este comité. b) Elaborado los nueve informes trimestrales acerca de las actividades y la gestión ética. (ver numeral 3.3.1.1 de este informe).	Desconocimiento de la normatividad aplicable a la gestión ética	Inexistencia de gestión ética en el instituto
25	Ley 87 de 1993, artículo 4, literal k)	Se evidenció que el programa de inducción y reintucción del INPEC fue aprobado por el Director de la Escuela Penitenciaria Nacional, sin que este tenga la competencia para aprobar dicho instrumento con alcance para todo el instituto, (ver numeral 3.3.1.2 de este informe).	Desconocimiento del alcance de la responsabilidad	Programa de inducción y reintucción que no cumple las condiciones legales establecidas
26	Decreto 1567 de 1998, artículo 7 Circular Externa 100-07 de 2010	La inducción realizada en enero 21, 22 y 23 de 2015, no incluyó los asuntos: " <i>Formación ética, Prevención de la corrupción, derecho de acceso a la información y manejo ético de la información</i> ", teniendo en cuenta que es	Falta de revisión del programa de inducción y reintucción	Proceso de inducción y reintucción que no cumple los requisitos legales.

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
	emitida por el DAFP	función del Comité de ética y Buen gobierno “ <i>Promover la realización de acciones formativas y comunicativas en torno a las prácticas éticas en las diferentes dependencias de la entidad</i> ”, (ver numeral 3.3.1.2 de este informe).	Desconocimiento de la normatividad aplicable	
27	Resolución 4479 de 2014, artículos 3 y 11	La Oficina Asesora de Planeación, no ha participado en la definición de procedimientos relacionados con la formulación de proyectos de inversión, dado que no se ha elaborado el “Manual operativo” que debe contener no solo la metodología, sino los procedimientos necesarios para el funcionamiento del banco de programas y proyectos del INPEC, a pesar de que se fijó plazo de tres meses a partir de la expedición de la Resolución 4479, el cual venció el 20 de febrero de 2015, (ver numeral 3.3.2.1.4 de este informe).	Falta de planeación para poner en funcionamiento el Banco de Programas y Proyectos del INPEC	Desaprovechamiento o de oportunidades para obtención de recursos mediante la presentación de proyectos de inversión
28	Manual Técnico MECI 2014, anexo 4, elemento “Estructura organizacional” (página 120)	Se evidenció falta de relación entre la estructura organizacional y el modelo de operación por procesos del INPEC; teniendo en cuenta que aunque existen 16 procesos y hay tan solo 12 “dueños de proceso”, es decir que 82 cargos del organigrama (de 94 en total) no tienen ninguna correspondencia con los	Falta estudiar la posibilidad de asignar responsabilidad compartida en algunos procesos	Concentración de responsabilidad del sistema de control interno en pocos funcionarios

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		procesos establecidos por la Resolución 4142 de 2014, (ver numeral 3.3.2.3 de este informe).		
29	Decreto 4151 de 2011, artículo 9, función 5 Manual de diseño de indicadores de gestión MNEI 006-13, página 15.	Se evidenció que de un total de 102 indicadores de gestión publicados en la ruta virtual de la calidad, en matrices anexas a las caracterizaciones, tan solo 50 indicadores cuentan con meta definida, es decir los indicadores no se encuentran adecuadamente diseñados e implementados (ver numeral 3.3.2.4 de este informe).	La Oficina Asesora de Planeación no realiza la revisión de la matrices de los indicadores antes de su publicación	Falta de medición de los procesos
30	Decreto 4151 de 2011, artículo 9, función 4 Manual de diseño de indicadores de gestión MNEI 006-13, página 15.	No se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación haya consolidado y analizado las mediciones de los indicadores de gestión por procesos, del primer trimestre de 2015, teniendo en cuenta que existen indicadores con frecuencia de medición mensual y bimestral, (ver numeral 3.3.2.4 de este informe).	No se ha establecido mecanismos de reporte y consolidación de los resultados de los indicadores de gestión	Falta de seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad
31	Ley 87 de 1993, artículo 4	Se evidenció que el manual de la calidad refiere los siguientes documentos sin vigencia: <ul style="list-style-type: none"> • La Norma NTCGP 1000 versión 2004 • La Resolución 2203 de 2006 	Falta armonización entre la doctrina institucional y los procedimientos y	Obsolescencia de la documentación del sistema de gestión de la calidad

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		<ul style="list-style-type: none"> Decreto 1599 de 2005 <p>Por lo anterior se evidencia que el Manual de la Calidad se encuentra desactualizado.</p> <p>Se evidencio que de un total de 283 procedimientos tan solo se han actualizado 3, desde el año 2012, es decir que existen vigentes 280 procedimientos con vigencia desde el año 2010 y anteriores, (ver numeral 3.3.2.5 de este informe).</p> <p>Se evidenció que la Resolución 500 de 2013, en el párrafo de su artículo primero refiere la Resolución 6083 de 2012, incumpliendo el requisito de simplificación y actualización de normas y procedimientos, (ver numeral 3.3.2.6.1 de este informe).</p>	demás documentación del sistema de gestión de la calidad.	
32	Matriz de riesgos, hoja "criterios de evaluación"	Se evidencio que en los procesos: " <i>Seguridad Penitenciaria y Carcelaria</i> " y " <i>Logística y Abastecimiento</i> ", existen riesgos que obtuvieron una calificación de " catastrófico " en su impacto, pero en ninguno de los dos casos se elaboró " <i>plan de contingencia</i> ", según lo determinan los criterios de evaluación de cada matriz de riesgos, (ver numeral	Desconocimiento de la metodología de administración de riesgos	Carencia en la aplicación controles en caso de materialización de riesgos.

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		3.3.2.6.1 de este informe).		
33	Decreto 1537 de 2001, artículo 5 Guía de administración de riesgos del DAFP (Página 40) Manual Técnico MECI 2014 (Página 69)	Se evidencia que el INPEC no dispone de un mapa de riesgos institucional, ya que solo ha elaborado un mapa de riesgos por proceso, incumpliendo así la metodología de administración de riesgos del DAFP y además de acuerdo con el Manual técnico del MECI 2014, el mapa de riesgos institucional debe incluir los riesgos de corrupción, en el caso del INPEC esta inclusión no se ha elaborado, (ver numeral 3.3.2.6.1 de este informe).	Falta de análisis y revisión de los riesgos por parte de la alta dirección	Inexistencia de administración de riesgos en el INPEC
34	Decreto 1537 de 2001, artículo 5 Guía de administración de riesgos del DAFP	De acuerdo con las matrices de identificación de riesgos, publicadas en la Ruta Virtual de la Calidad no se han identificado los riesgos para los procesos: <i>“Comunicación Estratégica”</i> , <i>“Derechos Humanos y Atención al Cliente”</i> y <i>“Gestión del Conocimiento institucional”</i> .	Desconocimiento de la metodología de administración de riesgos	Inexistencia de administración de riesgos en el INPEC

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
	(Página 42)	Teniendo en cuenta que la formulación de políticas es posterior a la identificación de los riesgos, se evidencia que no existen políticas para administración de riesgos en los procesos referidos, mientras que los procesos que cuentan con políticas definidas no evidencian aprobación del representante legal y del Comité de Coordinación de Control Interno, (ver numeral 3.3.2.6.1 de este informe).		
35	Resolución 500 de 2013, artículo 2, parágrafo 1.	Se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación no ha elaborado informes sobre el avance del cumplimiento de las acciones de mitigación a los riesgos, entre los años 2012 y 2014, incumpliendo así este requisito, (ver numeral 3.3.2.6.1 de este informe).	Falta de seguimiento a las acciones propuestas para la mitigación del riesgo.	Carencia de autoevaluación en los sistemas de gestión del instituto
36	Decreto 2641 de 2012, páginas 8 y 9 del documento “Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano”	Se evidenció que el INPEC, no ha identificado riesgos de corrupción en todos sus procesos (ver numeral 3.3.2.6.2 de este informe).	Falta de acompañamiento y asesoría por parte de Oficina Asesora de Planeación a los ERON y las Regionales	Falta de administración de riesgos de corrupción.

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
37	Contrato de prestación de servicios 036 de 2014, cláusula décima y su parágrafo segundo	<p>Se evidenció que el Acta de inicio del Contrato de prestación de servicios 036 de 2014, fue suscrita el 17 de enero de 2014 por el señor Víctor Manuel Tique y el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, y mediante oficio 8100-DINPEC-OPLA 0517 del 28 de enero de 2014, suscrito por el Director General del INPEC se realizó la delegación para la supervisión del contrato 036 de 2014, es decir que se incumple el requisito de la cláusula decima del referido contrato, dado que para la fecha de firma del acta de inicio el supervisor del contrato era el Director General y no el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, (ver numeral 3.3.2.6.2 de este informe).</p> <p>No se evidenció informe detallado del estado de ejecución del contrato 036 al momento de cambio de supervisor teniendo en cuenta que desde la firma del acta de inicio y la delegación del nuevo supervisor, transcurrieron 11 días, (ver numeral 3.3.2.6.2 de este informe).</p>	Desconocimiento de las responsabilidades	Indebida celebración del acta de inicio del contrato de prestación de servicios 036 de 2014

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
38	Procedimiento "PA 11-002-01 Control de Acciones Preventivas y Correctivas" y formato OP 11-115-01 V01	No se evidenció registro de análisis de causas en formato OP 11-115-01 V01 "Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas", frente a los hallazgos 1, 4, 25, 35, 36 y 112, de la Contraloría General de la Republica, (ver numeral 3.3.4 de este informe).	Desconocimiento del procedimiento	Planes de mejoramiento con acciones inadecuadas
39	Ley 1712 de 2014, artículo 12	Se evidenció que el INPEC, no ha divulgado en su página web el "Esquema de publicación", lo cual incumple el artículo 12 de la Ley 1712 de 2014, la cual fijo como plazo para tal actividad el 6 de septiembre de 2014, (ver numeral 3.3.5 de este informe).	Falta de comunicación entre las dependencias responsables	Falta de divulgación de contenidos mínimos de la gestión del instituto que deben ser de conocimiento de la ciudadanía
40	Decreto 943 de 2014, artículo 4, numeral 2	Se evidenció que no se cumplió el plazo para la actualización del MECI, el INPEC solo ha avanzado en las fases de: Conocimiento, Diagnóstico y Planeación, el proceso además define las etapas: Ejecución y seguimiento, y cierre. El plazo para terminar la actualización venció el 21 de diciembre de 2014, (ver numeral 3.4 de este informe).	Falta de estrategias y seguimiento para el desarrollo del proceso	Modelo Estándar de Control Interno sin implementar

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
41	Resolución 1980 de 2014, artículo 8	No se evidencio elaboración de los informes de avance al cumplimiento de las políticas de desarrollo administrativo, para los meses de julio y diciembre de 2014, solo se encontró el informe correspondiente al mes de octubre de 2014, sin embargo al momento de la auditoria este informe no había sido divulgado en el Comité institucional de Desarrollo administrativo, (ver numeral 3.5 de este informe).	Falta de seguimiento a las políticas de desarrollo administrativo	Modelo integrado de planeación y gestión sin implementar
42	Decreto 2693 de 2012, artículo 5	No se cuenta con designación vigente del líder de gobierno en línea, en su momento se designó mediante la Resolución 2693 de 2012, sin embargo esta resolución fue derogada por la Resolución 1980 de 2014, (ver numeral 3.5 de este informe).	Falta de revisión de requisitos legales, frente a la modificación de los mismos	Falta de liderazgo en la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea
43	Decreto 2482 de 2012, literal b), artículo 6	Se evidenció que la secretaria técnica del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo está asignada al Coordinador del Grupo de Planeación Estratégica, de acuerdo con el parágrafo del artículo quinto de la Resolución 1980 de 2014, sin embargo el Decreto 2482 establece que la secretaria técnica de este comité corresponde al Jefe de la Oficina de Planeación, ((ver numeral 3.5 de	Falta de revisión de requisitos legales, frente a la modificación de los mismos	Falta de poder decisorio del Comité de Desarrollo Administrativo

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
		este informe).		
44	Directiva permanente 003 de 2013	De acuerdo con el oficio 8110-OFPLA, enviado al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, con asunto “Seguimiento PLANTIC 2014”, respecto al componente de “rendición de cuentas”, se evidencia un cumplimiento de tan solo el 58% en la realización de las audiencias de rendición de cuentas, resultado de realizar tan solo 84 audiencias de las 145 establecidas para la vigencia 2013, incumpliendo así la Directiva 003 de 2013, (ver numeral 3.5.2 de este informe).	Falta de planeación y comunicación entre los tres niveles organizacionales del instituto para la realización de la rendición de cuentas	Falta de conocimiento de los resultados de la gestión del INPEC por parte de la ciudadanía
45	Directiva permanente 003 de 2013, numeral 9.5.4	En la página web del INPEC, no se evidenció la publicación acta de la audiencia de rendición de cuentas realizada el 07 de octubre de 2014, (ver numeral 3.5.2 de este informe).	Falta de conocimiento de las responsabilidades con el proceso de rendición de cuentas, por parte de la Oficina Asesora de Planeación	Falta de conocimiento de los resultados de la gestión del INPEC por parte de la ciudadanía
46	Decreto 1537 de 2001, artículo 5 Cartilla	Al revisar diez informes de gestión de ERON, se evidenció que estos no cumplen con los “ <i>mínimos institucionales obligatorios</i> ” de la Subclasificación “2 acciones para el	Desconocimiento de la metodología para la rendición de cuentas	Proceso de rendición de cuentas con información

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
	<p>“Audiencias Públicas en la Ruta de la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía de la Administración Pública Nacional”, emitida por el DAFP en agosto de 2009, páginas 19 y 20</p>	<p><i>fortalecimiento institucional</i>”, dado que no incluyen temas como: la implementación del MECI y del Sistema de gestión de la calidad, mejoramiento de los trámites y acciones para la participación ciudadana entre otros, (ver numeral 3.5.2 de este informe).</p>		<p>insuficiente a la ciudadanía</p>
47	<p>PLANTIC 2014, componente “Rendición de cuentas”</p>	<p>En el componente Rendición de cuentas, se evidenció incumplimiento de la meta de producto 1, de la línea de acción 1: “Transparencia en la gestión institucional” cuyo indicador de meta fue: “Numero de directivas transitorias para la rendición de cuentas” con la meta del año una, pesar de que no se elaboró la directiva transitoria en el año 2014, en oficio de seguimiento a PLANTIC 2014, se señala un cumplimiento del 100%, lo cual carece de veracidad toda vez que el cumplimiento cierto fue 0% (ver numeral 3.5.2 de este informe).</p>	<p>Falta de análisis para determinar las metas de producto del PLANTIC</p>	<p>Incumplimiento del PLANTIC 2014</p>

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
48	Decreto 2641 de 2012, artículo 7	Se evidenció que el plan anticorrupción y de atención al ciudadano fue publicado con posterioridad al 31 de enero de 2014, dado que su tabla 12, listado de ERON que implementaron VISITEL, incluye cuatro establecimientos con incluidos el 17 de febrero de 2014, (ver numeral 3.5.3 de este informe).	Falta de programación para consolidar la información necesaria	Incumplimiento en la fecha de publicación de PLANTIC 2014.
49	Decreto 4151 de 2011, numeral 6 del artículo 9 Manual de la Calidad MNC 001-08 V02, literal d) de su numeral 6.2.2	No se evidenció verificación de la armonía de los acuerdos de gestión con los planes de la entidad, como tampoco seguimiento trimestral a los acuerdos de gestión del nivel directivo por parte de la Oficina Asesora de Planeación, (ver numeral 3.6.1 de este informe).	Desconocimiento de la responsabilidades con los acuerdos de gestión por parte de la Oficina Asesora de Planeación	Acuerdos de gestión que no cumplan las condiciones requeridas

No.	Criterio: Normatividad que ha sido vulnerada o no se está cumpliendo	Condición: Descripción de la situación irregular encontrada	Posible(s) causa(s): Porque ocurrió la situación. Razones	Efecto(s): Consecuencia generada por la condición irregular
50	Resolución 2412 de 2012, artículo 6, función 1	La convocatoria a comité emitida por el Director General del INPEC, menciona: “ Con fundamento en lo establecido en el artículo 7 numeral 8 y artículo 31 del Decreto 4150, y demás relativos a los órganos de asesoría y coordinación, el Director General del INPEC convoca a sus Directivos, a comité de coordinación que se realizará... ”, se evidenció que el referido decreto no guarda relación con la convocatoria realizada, es decir esta se encuentra mal motivada, (ver numeral 3.6.3 de este informe).	Desconocimiento de los Comités debidamente reglamentados en el INPEC Falta de claridad en la denominación de las reuniones de la Dirección General	Realización de actos administrativos sin validez.

5. RECOMENDACIONES

De acuerdo con el estudio realizado al acopio de evidencias suministrado por la Oficina Asesora de Planeación, se emiten las siguientes recomendaciones que pueden ser direccionadas a la construcción de acciones preventivas, que permitan mejorar las situaciones descritas.

- a) Generar un diagnóstico del estado de implementación del Sistema de Control Interno
- b) Desarrollar un plan de implementación del Sistema de Control Interno que cuente con el compromiso de la Dirección del Instituto y la participación de todos los funcionarios.
- c) Verificar que las cifras presentadas dentro de los diferentes Informes generados por la Oficina Asesora de Planeación, sean íntegros y correspondan con objetividad a la evaluación de lo planeado.
- d) Definir el mecanismo para hacer partícipe a la ciudadanía en la formulación de planes, programas y proyectos de la entidad cuando así se requiera.
- e) En la metodología utilizada para hacer seguimiento y evaluación a los indicadores de las metas establecidas en la Planeación Institucional, se debe enunciar claramente la manera como se calculan y presentan las cifras allí contenidas, sin posibilidad alguna de interpretación subjetiva por parte del evaluador interno o un evaluador externo.
- f) Los informes de Seguimiento y Evaluación a los Planes y Programas de la Entidad deben abarcar la totalidad de la vigencia o periodo de corte según lo establecido por la normatividad vigente.
- g) Realizar los ajustes necesarios para unificar la responsabilidad de quien aprueba y adopta el Plan de Acción Institucional, en la *“Guía metodológica para la formulación, elaboración y seguimiento a Planes Institucionales.”* y lo definido en el procedimiento *“Formulación y Seguimiento al Plan de Direccionamiento Estratégico y Plan de Acción Institucional”*.
- h) Realizar la socialización a la Dirección de la Entidad en la debida oportunidad, de los informes que trimestralmente se elaboren de los avances del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el INPEC, para que se tomen las decisiones del caso en esta instancia de la administración.
- i) Establecer metas y definir plazos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para que en los tres niveles organizacionales del INPEC, se

elaboren Mapas de Riesgos de Corrupción, con el fin de implementar acciones de control, que permitan combatir y mitigar este fenómeno.

- j) Establecer puntos de control dentro de las orientaciones brindadas por el Proceso de Planificación Institucional a los dueños de los procesos, en el diseño de los indicadores de gestión, para que esta herramienta sirva para evaluar la gestión de cada proceso y permita la evaluación objetiva, con el fin de emprender las acciones de mejora del caso. Adicionalmente esta recomendación debe hacerse extensiva a todas las metodologías sobre las cuales la Oficina Asesora de Planeación debe brindar asesoría y acompañamiento (administración de riesgos, rendición de cuentas, técnicas de documentación, etc.).
- k) Realizar capacitación sobre administración de riesgos para que el INPEC implemente la administración de riesgos en los tres niveles organizacionales.
- l) Capacitar a los funcionarios del Grupo de Estadística, en lo concerniente con protocolos de seguridad de la información.

6. FORTALEZAS

Se resalta la buena actitud y sentido de pertenencia de los funcionarios de los Grupos: Programación Presupuestal y de Estadística, que bajo la dirección y liderazgo de sus respectivos coordinadores, vienen realizando una labor importante que demuestra el compromiso con el instituto.

Vale la pena mencionar que a pesar de que el instituto no cuenta con Tablas de Retención Documental, debidamente aprobadas; el archivo del grupo de Programación Presupuestal, es un ejemplo de orden y trazabilidad para los demás grupos del instituto, ya que todas las evidencias solicitadas durante el proceso de auditoria fueron entregadas de manera inmediata.

7. RIESGOS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

A través del análisis de evidencias presentadas en la auditoría se encontró que existen en los tres niveles organizacionales del INPEC, (Nivel central, Direcciones Regionales y ERON) riesgos de gestión relacionados a continuación:

- a) Falta de autoevaluación de la gestión desarrollada.
- b) Incumplimiento de las políticas, objetivos y metas estratégicas, debido al incumplimiento de directivas, manuales de funciones y procedimientos.

- c) Realización de acciones, decisiones y trámites errados, debido al desconocimiento de funciones, competencias y normativa o por desactualización e incompetencia de los funcionarios.
- d) Incumplimiento de requerimientos o informes tardíos debido a la baja oportunidad de disponibilidad de estadísticas operativas
- e) Ineficacia de las funciones misionales debido a la obsolescencia los procedimientos de los procesos.
- f) Incumplimiento de las actividades programadas en las herramientas de gestión y control: mapa de riesgos por procesos, mapa de riesgos de corrupción, planes institucionales, planes de mejoramiento, entre otros
- g) Pérdida de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información soportada a través de las tecnologías de la información
- h) Incumplimiento en la planeación institucional en lo referente a proyectos de inversión
- i) Limitación de la comunicación interna a través de la “Ruta Virtual de la Calidad”.
- j) Incumplimiento en el reporte de información necesaria para generar planes, programas, proyectos e informes de seguimiento.
- k) Incumplimiento en la generación de planes, programas, proyectos e informes de seguimiento.
- l) Inexactitud en la información utilizada para generar Planes, Programas, Proyectos e Informes de seguimiento a los mismos.
- m) Gestión inadecuada por parte de los servidores públicos, por falta de implementación de metodologías de trabajo.

8. CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones derivan de los objetivos trazados al inicio de la auditoría, y del análisis de las evidencias recopiladas durante el proceso de auditoría:

- a) El INPEC no ha definido los mecanismos necesarios para implementar un sistema de control interno de acuerdo con la Ley 87 de 1993, asimismo no cuenta con una administración de riesgos toda vez que no se tiene identificados los riesgos de gestión de todos los procesos, y no se realiza seguimiento a los planes de mitigación establecidos y por lo tanto la dirección no puede tomar decisiones, dada la ausencia de análisis sobre los

controles definidos para mitigar los riesgos. Asimismo, el mapa de riesgos de corrupción vigente, definido en cumplimiento el Decreto 2641 de 2012, a la fecha no ha identificado los riesgos de corrupción de cada uno de los procesos del INPEC con la participación de los ERON.

- b) El INPEC cuenta con un denominado Sistema de Gestión de la Calidad, que en su momento fue documentado, pero debido a la falta de liderazgo y participación, se encuentra desactualizado, no es un sistema que este implementado porque no se cumplen los establecido en sus documentos vigentes, y por tal razón no puede generar mejoramiento continuo toda vez que no se aplican mecanismos que permitan establecer la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema.
- c) Existe falta de liderazgo y participación en el desarrollo e implementación de los sistemas de gestión: calidad y MECI, lo anterior como consecuencia de la operatividad del INPEC, donde si bien es cierto los procesos están definidos, la cultura organizacional mantiene una operación extremadamente funcional.
- d) Existe un alto riesgo reputacional del instituto, toda vez que la opinión pública tiene una imagen venida a menos sobre la entidad con fundamento, en las noticias que difunden los diferentes medios de comunicación, la cual frecuentemente se relaciona con hechos de corrupción al interior de los establecimientos.
- e) El INPEC, se encuentra en un ambiente de anarquía, donde los asuntos disciplinarios, por el gran volumen generado presenta un atraso de varios años para poder dar curso a la respectiva investigación.
- f) Falta aplicación de un mecanismo de divulgación más eficaz, para que todos los funcionarios tengan conocimiento sobre el manejo del riesgo de corrupción, en tal sentido, la publicación en la Ruta Virtual de la Calidad, se queda corta en este propósito, considerando que la comunicación debe ser bidireccional.
- g) Falta liderazgo para que la administración de riesgos de corrupción lleve a establecer las medidas de control necesarias en todos los niveles del instituto.
- h) La mayoría de los funcionarios desconoce el manejo del riesgo de corrupción que la entidad ha desarrollado y asimismo las acciones propuestas para su mitigación, debido a la falta de participación activa de los funcionarios en la elaboración y desarrollo de acciones para el manejo de los riesgos de corrupción.