

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE DE 2014 – ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 2015

Jefe Control Interno:	de	Mario Jiménez Gayón	Periodo Evaluado:	De Noviembre 12 de 2014 a Marzo 11 de 2015
			Fecha de Elaboración	

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, que establece: “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad...”, Esta dependencia del INPEC, se permite presentar informe detallado del estado de avances de en cada uno de los tres (3) Subsistemas del Modelo Estándar de Control Interno “MECI” junto con sus componentes y elementos.

La Oficina de Control Interno, para rendir este informe Cuatrimestral, toma como base la estructura del MECI actualizado 2014, y hace énfasis en aquellos componentes y elementos que ameritan ajustes urgentes en la actualización.

Las evidencias que miden la implementación del MECI 2014, están contempladas en la autoevaluación realizada por la entidad acorde con el formato No. 4 del Manual Técnico del MECI, aplicado en la fase de diagnóstico.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:

El Instituto cuenta con un Código de Ética elaborado en el año 2009 por un equipo interdisciplinario de funcionarios de los tres niveles de la Entidad, el mismo fue socializado en su momento, sin embargo se encuentra desactualizado frente a los principios y valores descritos en el Plan Estratégico 2011-2014. Actualmente, bajo

el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y del Comité de Código de Ética se está trabajando en la metodología y cronograma de actividades para llevar a cabo su actualización, aplicando la metodología de USAID – 2006.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano

1.1.2.1. Manual de funciones y competencias laborales

Se cuenta con un Manual de Funciones aprobado con la Resolución 000952 del 2010, este documento está acorde con la *Guía Para Establecer o Modificar El Manual de Funciones y de Competencias Laborales del Departamento Administrativo* de la Función Pública DAFP, sin embargo en el momento de certificar las funciones de los servidores públicos, en algunos casos estas no se ajustan a las que realmente se ejercen en el puesto de trabajo.

1.1.2.2. Programa de inducción y reinducción realizado a los servidores vinculados a la entidad

Este programa aún no es oficial, como se mencionó en el informe pormenorizado anterior *"...no está suscrito por el Representante legal de la Entidad, así como tampoco fue sometido a consideración del Comité de Coordinación de la Dirección ni al Comité de Coordinación de Control Interno"* las observaciones mencionadas no han sido atendidas oportunamente.

Los funcionarios antiguos requieren actualización y refuerzo en los temas esenciales en el desempeño de sus funciones y de esta manera asimilar los cambios a los cuales está expuesto el Instituto (Implementación del MECI 2014, Convocatoria 250 – 2012)

La inducción y re inducción requiere la máxima prioridad del Instituto, es el insumo básico para un desempeño adecuado y eficaz de los funcionarios, por esta razón la Oficina de Control Interno se ha pronunciado reiteradamente en este aspecto, teniendo en cuenta el riesgo inminente que esto acarrea para el Instituto.

1.1.2.3. Programa de bienestar y plan de incentivos

El Grupo de Bienestar Laboral de la Subdirección de Talento Humano del INPEC ha promovido:

- **Actividades Recreativas:** Celebración de las Novenas de Aguinaldos (Dic-2014) con más de 200 participantes en la Sede Central, la celebración del Día de la Mujer en Marzo del 2015 con la participación de más de 180 Funcionarias de la Sede Central (Regionales y ERON realizaron sus propias celebraciones).
- **Actividades Deportivas:** Con la participación en el Torneo Interempresas en las modalidades de: Fútbol tres (3) equipos, Baloncesto dos (2) equipos, un

(1) equipo de tejo y uno (1) de microfútbol (participación de 110 funcionarios del COMEB, EC Bogotá y RM de Bogotá).

En lo relativo a los:

- **Programas de Acompañamiento Integral al Funcionario y su Familia:** se llevó a cabo encuentros de parejas (Dic-2014, 120 parejas en 8 encuentros y en Ene-2015, 25 parejas), Encuentros de Familia (Dic-2014), Escuela de Padres (5 talleres con la participación de 114 funcionarios), Atención Psicológica y Psicosocial (121 funcionarios atendidos), Programa de Clima laboral (Se solicitó apoyo al SENA para formar en competencias de liderazgo a 60 funcionarios de manera virtual y para formar a los funcionarios de la Subdirección de Talento Humano en servicio al cliente, se está realizando la inscripción de los funcionarios a los cursos virtuales).

En cuanto al **Plan de Incentivos** el Grupo de Bienestar Laboral coordina la identificación y consolidación de los Mejores Funcionarios Administrativos merecedores de condecoraciones, estímulos y distintivos 2015, esto para la Ceremonia del día de Guardián.

1.1.2.4. Mecanismos de evaluación de desempeño

De conformidad con la **Directiva Permanente 000016 del 2013** en la cual se establecen los procedimientos para la adopción del sistema tipo de evaluación del desempeño laboral, lineamientos bajo los cuales se deben realizar las evaluaciones de desempeño en el Instituto, se requiere reforzar el trabajo en el desarrollo y elaboración de las bases de datos para realizar la sistematización de la evaluación de los Funcionarios de Carrera y en Período de Prueba, en el apoyo a los Establecimientos en la implementación y desarrollo sobre el sistema Tipo de Evaluación al Desempeño Laboral EDL, la sistematización de las evaluaciones de desempeño laboral período 2013 y su entrega al grupo de administración de historias laborales, **en esta actividad se evidencia un atraso de un (1) año.**

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1. Planes, Programas y Proyectos

El INPEC cuenta con la Resolución interna No. 1980 del 17 de julio de 2014 donde se adopta y desarrolla el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se establece la responsabilidad para desarrollar las políticas y componentes de dicho modelo, de tal forma que si bien la entidad ha desarrollado actividades en sus planes conducentes a la implementación de los diferentes componentes de las Políticas de Desarrollo Administrativo, en lo que compete al Componente Transparencia y Acceso a la Información Pública inscrita en la Políticas de Transparencia,

Participación y Servicio al Ciudadano y al Componente Racionalización de Trámites contenida en la Política Eficiencia Administrativa, no presentan avances en su implementación y no fueron incluidas actividades en el Plan de Acción 2015 de la entidad que conduzca a su desarrollo.

Mediante Resolución No. 025 del 02 de Enero de 2014 se actualizó el Direccionamiento Estratégico 2011-2014 de la entidad, cuyo acto administrativo incluyó la Misión, Visión, Principios y Valores Institucionales, los cuales hacen parte de la formulación estratégica institucional; su difusión y divulgación se realiza a través de las actividades inducción y la publicación en la página web.

El Plan Estratégico 2011 - 2014 de la entidad concebía una batería de indicadores para medir las metas de producto de la gestión institucional en el largo plazo, la cual se desarrolló alrededor de 2 ejes estratégicos, a partir de dicho plan se establecieron Planes de Acción Anuales con indicadores para hacerle seguimiento y evaluación al cumplimiento de las metas definidas para el corto plazo.

El INPEC, se encuentra elaborando un nuevo Plan de Direccionamiento Estratégico para el Periodo 2015-2018 siguiendo para ello no solo el Procedimiento para la Formulación y Seguimiento del Plan de Direccionamiento Estratégico y Plan de Acción Institucional (PE-PI-P02 V01), sino la Guía Metodológica para la Formulación, Elaboración y Seguimiento a los Planes Institucionales (PE-PI-G02 V01) que fueron adoptadas por la entidad en el mes de Enero de 2015; además de la normatividad aplicable.

Las actividades a ejecutar en el corto plazo, son plasmadas en Planes de Acción que son elaborados por las dependencias y en los mismos han quedado contempladas las fechas y responsables de su realización, convirtiéndose estos al ser consolidados por la Oficina Asesora de Planeación, en el Plan de Acción Institucional que se ejecutara durante la vigencia, y los cuales son objeto del seguimiento y la evaluación respectiva.

A través del Sistema de Seguimiento y Evaluación Penitenciario y Carcelario (SSEPEC) que comprendió el Plan Estratégico 2011-2014, y los Planes Estratégicos del Sistema Operativo Penitenciario y Carcelario (SIOPEC) constituido por 24 planes los cuales se integraron en 5 factores (Atención y Tratamiento, Seguridad Penitenciaria y Carcelaria, Gestión Institucional, Jurídica y defensa, Talento Humano y Formación Penitenciaria y Planes Transversales), se monitoreó el desarrollo de los objetivos y metas de la entidad durante este lapso de tiempo que terminó en el año 2014.

Los planes de la entidad son objeto del seguimiento y la evaluación respectiva y los informes de la gestión son publicados en la página web para la divulgación y el conocimiento general de los ciudadanos.

1.2.2. Modelo de Operación por procesos

El INPEC en cumplimiento de su misión, visión Institucional y de acuerdo con lo establecido en la norma NTCGP1000 estableció y documentó hace varios años un Sistema de Gestión de la Calidad, sin embargo la falta de liderazgo en los años recientes no ha permitido que este sistema se encuentre implementado y mantenido como lo establece el numeral 4.1 de la referida norma, en consecuencia no existe mejoramiento continuo en relación con la eficacia, eficiencia y efectividad del mismo.

El Manual de la Calidad vigente, se encuentra en versión 02 del 6 de noviembre de 2008, sin embargo este manual no incluye el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, requisito fundamental de acuerdo con el numeral 4.2.2 de la norma NTCGP 1000.

Según Resolución interna 4142 del 30 de octubre de 2014, se realizó actualización del mapa de procesos del instituto y de sus respectivas caracterizaciones, quedando definidos: dos (2) procesos estratégicos, cinco (5) procesos misionales, ocho (8) procesos de apoyo y un proceso de evaluación. Sin embargo teniendo en cuenta que estos cambios son estructurales, no se ha definido una planificación que permita mantener la integridad del sistema, tal como lo establece la norma NTCGP1000 en su numeral 5.4.2.

La mayor parte de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, publicada a través de la Ruta virtual de la calidad, presenta como cuenta con fecha de aprobación del año 2008 y anteriores.

En conclusión el INPEC cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad documentado, desactualizado, que no está implementado, que no se mantiene y por lo tanto no presenta mejoramiento continuo, toda vez que no se evidencia registro de revisión por la dirección al Sistema de Gestión de la Calidad en los dos últimos años.

1.2.3. Estructura Organizacional

La estructura organizacional del INPEC se encuentra establecida a través del Decreto 4151 del 03 de noviembre de 2011 y los grupos de trabajo fueron establecidos a través de la Resolución interna 2122 del 15 de junio de 2012. Adicionalmente se cuenta con el Manual de Funciones publicado en la página web en el siguiente link:
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion/Funciones/MANUAL%20FUNCIONES%202013%20-%20GENERAL.pdf>

1.2.4. Indicadores de Gestión

La gestión de la entidad se cumple a partir de las metas que han quedado consignadas en los planes formulados, y su medición se realiza a través de los

indicadores definidos para cada proceso bajo las orientaciones y el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, instancia que consolida el desempeño institucional a través de los seguimientos y evaluaciones que se realizan a la gestión.

En lo que compete a indicadores para procesos de la entidad, se elaboró un Manual para el diseño de indicadores en la entidad (MNEI-006-13 V02) aprobado y adoptado mediante Resolución No. 00024 de 02 Enero de 2014.

Se ha realizado revisión y ajustes a los indicadores de gestión de los procesos, identificados por los dueños de cada proceso quienes a su vez son responsables de su diseño, contando para ello con las orientaciones dadas desde la Oficina Asesora de Planeación, a partir, no solo del Manual para el diseño de indicadores, sino de las modificaciones realizadas al Mapa de Procesos del INPEC, adoptado mediante Resolución No. 4142 del 30 de Octubre de 2014, formulándose 114 indicadores para medir la gestión de los procesos de la institución, de los cuales 79 corresponden a Eficacia, 16 corresponden a Eficiencia y 19 corresponden a Efectividad.

De acuerdo a lo evidenciado, para medir la gestión de los procesos, como mínimo debe existir indicadores de Eficacia, Eficiencia y Efectividad por cada proceso, sin embargo para los procesos de Planificación Institucional, Gestión de Tecnología e Información, Gestión Legal y Tratamiento Penitenciario no se diseñó indicadores de Efectividad; así mismo, para los procesos de Comunicación Estratégica, Logística y Abastecimiento, Gestión Financiera y Gestión no se diseñó indicadores de Eficiencia; y para los procesos de Gestión del Talento Humano y Gestión Disciplinaria no se diseñaron indicadores de Eficiencia y Efectividad; lo cual priva al proceso para el caso de la Efectividad, de medir el nivel de satisfacción al recibir un producto o servicio en condiciones favorables de costo y oportunidad y lo programado planeado en el tiempo (Eficacia), y para lo relacionado con la Eficiencia, de medir la forma en que se utilizaron los recursos durante el proceso de generación del producto y/o servicio.

No obstante los Planes de Medición de los indicadores de gestión de algunos procesos (Planificación Institucional, Derechos Humanos y Atención al Cliente, Seguridad Penitenciaria y Carcelaria, Atención Social, Tratamiento Penitenciario, Directrices Jurídicas del Régimen Penitenciario y Carcelario, Gestión del Talento Humano, Gestión del Conocimiento Institucional, Gestión de Tecnología e Información, Gestión Legal, Gestión Disciplinaria, Logística y Abastecimiento, Gestión Financiera, Gestión Documental y Control Interno), presentan deficiencias en su diseño, dado que no disponen de la totalidad de la información solicitada (Estado Actual, Meta, Peor Escenario entre otros), para que se puedan realizar de manera adecuada las mediciones y análisis del indicador, de acuerdo a los resultados alcanzados frente a las metas establecidas para cada indicador de

gestión del proceso, en atención a la temporalidad definida de para su medición y análisis.

Para lo que corresponde a la vigencia 2014, se realizó una medición consolidada de la gestión de los procesos a través de indicadores, para casi la totalidad de los procesos de la entidad; para el caso de los Procesos de Derechos Humanos y Atención al Cliente, Gestión de Tecnología e Información y Gestión Legal se hizo la medición de todos sus indicadores de gestión definidos de acuerdo a su Plan de Medición del indicador; para los procesos de Planificación Institucional, Atención Social, Gestión del Conocimiento, Gestión Financiera y Gestión Documental se hizo medición de algunos de los indicadores establecidos en sus Planes de Medición del Indicador y para los procesos de Comunicación Estratégica, Seguridad Penitenciaria y Carcelaria, Tratamiento Penitenciario, Gestión del Talento Humano y Gestión Disciplinaria si bien, se presentan resultados de la medición de indicadores, los indicadores utilizados no corresponden a los definidos en sus respectivos Planes de Medición del indicador.

Para la vigencia 2015 a ninguno de los procesos de la entidad se les ha realizado medición de sus indicadores de gestión por parte del dueño o líder del proceso responsable de adelantar esta actividad, a pesar de que en el Plan de Medición de Indicador del proceso para algunos de los indicadores quedo establecido realizar esta medición y análisis de manera mensual.

1.2.5. Políticas de Operación

Las políticas de operación del INPEC se establecen a través de la Doctrina Institucional, que se comunica a través de: Resoluciones, Directivas, Circulares y Políticas, que se consolidan y publican a través de la Ruta Virtual de la Calidad, de acuerdo con la Guía para la elaboración de documentos PE-PI-G01 versión 1, aprobada por la Resolución 4358 del 11 de noviembre de 2014. Recientemente estas políticas no han sido dadas con la debida planificación sino con el ánimo de corregir eventos donde se materializan riesgos del instituto.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Mediante la Resolución No. 4142 del 30 de Octubre de 2014 se modificó el modelo de operación por procesos de la entidad, adoptado inicialmente mediante Resolución No. 6083 del 31 de diciembre de 2012.

Si bien es cierto los objetivos estratégicos en el 2014 del INPEC, son los planteados desde el 2011, el cambio citado implica modificación en los objetivos

del modelo de operación por procesos, sin embargo no se evidencia un análisis del contexto estratégico, realizado como respuesta a dichas modificaciones.

De acuerdo con la revisión al mapa de riesgos por proceso del año 2012, se identificaron 96 riesgos de gestión, correspondientes a 14 de los 16 procesos que conformaban el modelo de operación de la entidad, según Resolución 6083 de 2012.

En el año 2014, existen 16 procesos establecidos según Resolución 4142 de 2014; a los cuales se les hizo un ajuste a las matrices de riesgos para 13 de los procesos, sin culminarse la etapa de identificación de riesgos para la totalidad de los procesos del instituto.

Al comparar los riesgos de gestión del año 2014 frente a los riesgos del año 2012, se evidenció que de un total de 75 riesgos de gestión identificados en el año 2014, 54 riesgos de gestión se mantienen iguales a los identificados en el año 2012 y 21 riesgos de gestión han sido ajustados o incorporados al mapa de riesgos actual.

De acuerdo con lo anterior, 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.

Para el año 2012 se identificaron 169 controles existentes para 14 de 16 procesos, alrededor de las tipologías: controles de gestión, controles operativos, controles legales y controles de infraestructura / tecnológicos.

En el año 2014 se identificaron 180 controles existentes en 13 de los 16 procesos vigentes, dentro de las mismas tipologías señaladas en el año 2012, siendo 102 controles los mismos del 2012, adicionalmente se ajustó o incorporó la identificación de 78 controles existentes.

De acuerdo con lo anterior, entre el año 2012 y 2014 se descartaron 67 controles existentes, sin que exista evidencia del seguimiento a la efectividad de estos, ni un análisis que justifique la decisión de cambiarlos.

Al revisar la valoración de los riesgos identificados en el año 2012 y 2014 de los procesos de la entidad, se identificó que a pesar de que los riesgos de los procesos de Seguridad Penitenciaria y Carcelaria y Logística y Abastecimiento obtuvieron una calificación de “catastrófico” en su impacto, en ambas vigencias,

para ninguno de los dos años se elaboró “plan de contingencia”, de acuerdo a los criterios de evaluación de cada matriz de riesgos utilizada por la entidad para realizar dicha valoración.

En el año 2012 se elaboraron matrices de riesgo para 14 de los 16 procesos definidos en el modelo de operación por procesos de acuerdo con la Resolución 6083 de 2012, sin embargo fue hasta el 28 de febrero de 2013 que el INPEC, realizó la adopción del denominado “mapa de riesgos institucional”, a través de la Resolución 500 de 2013. La mencionada Resolución 6083, fue derogada por la Resolución 4142 de 2014 que establece el actual modelo de operación por procesos del INPEC, lo cual muestra falta de actualización de la Resolución 500 de 2013.

No se encontró un mapa de riesgos institucional, acorde con la definición de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP pág. 40, que permita establecer cuáles son los riesgos institucionales, y cuales por proceso, ya que se confunden los institucionales con los de procesos, veamos la definición:

“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.”

Se evidencia, que el INPEC No dispone de un el 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 del DAFP.

La Política de Administración del Riesgo del INPEC existe desde el año 2008, sin embargo no se evidencia que haya sido formulada por el Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno, acorde con la guía del DAFP, en materia de riesgos 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.

.....”

Por otra parte, a pesar de que el INPEC fue reestructurado mediante Decreto 4151 de 2011, fecha posterior a la publicación de la referida política, en la Resolución 500 de 2013, no se contempló una validación a la política de administración del riesgo, lo anterior teniendo en cuenta que el contexto estratégico es dinámico y se hizo una reestructuración administrativa a la entidad durante el año 2011.

Así mismo, a pesar de que la Resolución 500 de 2013, establece la elaboración semestral de informes de avances por parte de los dueños de los procesos sobre el cumplimiento de las acciones propuestas para mitigar el riesgo, para los años 2012, 2013 y 2014, no se evidencia que se hayan realizado informe de avances sobre el tratamiento que cada proceso está dando a los riesgos. Es decir no existe en el INPEC, evaluación a la eficacia y eficiencia de las acciones para la mitigación del riesgo y de las políticas definidas para el tratamiento del riesgo, debidamente documentadas.

De la evaluación realizada a la administración de riesgos de gestión del INPEC, se concluye que:

1. Falta análisis del contexto estratégico, teniendo en cuenta que el INPEC en el año 2011 fue objeto de una reestructuración y además en el año 2014 se realizó una reestructuración al modelo de operación por procesos de la institución.
2. Falta de identificación de riesgos de gestión para 3 de los 16 procesos vigentes.
3. No existe en el INPEC, administración del riesgo, dado que no se evidencia seguimiento y evaluación de las medidas de control planteadas desde el año 2012, asimismo en el año 2014 se descartaron de las matrices de riesgos de gestión, 21 de los riesgos identificados en el año 2012 sin una justificación para ello.
4. Los líderes de los procesos no dan la importancia necesaria a la administración de los riesgos, como instrumento de autoevaluación a la gestión que cumple cada proceso.
5. Aunque en la entidad se han materializado riesgos, no existen acciones correctivas documentadas sobre tales eventos.
6. Existen políticas de administración de riesgo desactualizadas, sin que para las mismas exista evaluación a su implementación y efectividad.
7. Existe desconocimiento de los funcionarios sobre el proceso de administración del riesgo en la entidad, acorde con encuesta realizada por la OCI.
8. Falta liderazgo y participación en la elaboración, desarrollo y análisis de la información que permita administrar los riesgos de la entidad.
9. La gestión de los riesgos requiere que desde Equipo operativo MECI-Calidad del INPEC se promueva la participación de los funcionarios.

10. El liderazgo ejercido desde la Oficina Asesor de Planeación se circunscribe a un apoyo metodológico, sin analizar su impacto y ejecución, dejando las actividades a desarrollar bajo la responsabilidad del dueño del proceso. La falta de este liderazgo impiden a la alta dirección conocer el desarrollo de la política, pues la Oficina Asesora de Planeación tampoco da a conocer el estado de su ejecución al Comité de Coordinación de Control Interno.

1.3.1. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

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

A pesar de lo anterior no se elaboraron los riesgos de corrupción a la totalidad de procesos de la Entidad, sólo a cinco de los 16 procesos; Para el año 2015 se publicaron riesgos de corrupción para 11 de los 16 procesos.

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 ha corte de este informe no se han elaborado en su totalidad, 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 8 riesgos de corrupción a 5 de los 16 procesos que conforman el modelo de operación por procesos de la entidad, y en el año 2015 se identificaron 11 riesgos de corrupción a 11 de los 16 procesos de la entidad, a través de la matriz de riesgos de corrupción, cabe mencionar que 10 de los riesgos de corrupción identificado en 2015, fueron ajustados o incorporados respecto a los riesgos de corrupción de la vigencia anterior, es decir, sólo un (1) riesgo de corrupción continua identificado desde el 2014 sin modificación alguna.

En lo que respecta a las acciones para controlar los riesgos de corrupción, en el año 2014, se establecieron 141 acciones en la matriz de riesgos de corrupción para los procesos que fueron observados y en el año 2015 fueron definidas 99 acciones; verificándose al respecto que solo 2 acciones para mitigar los riesgos de corrupción durante el año 2015, son iguales a las establecidas en la matriz de

riesgos de corrupción del año 2014 y 59 acciones para controlar los riesgos de corrupción son diferentes, ello según lo indicado en los procesos que se les levanto matriz de riesgos de corrupción.

De la evaluación a la administración de riesgos de corrupción en el INPEC, se concluye que:

1. 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.
2. Falta liderazgo para que la administración de riesgos de corrupción permita establecer las medidas de control necesarias en todos los niveles del instituto.
3. La mayoría de los funcionarios desconoce el manejo del riesgo de corrupción que la entidad ha definido y asimismo las acciones propuestas para su mitigación.
4. No existe participación activa de los funcionarios en la elaboración y desarrollo de acciones para el manejo de los riesgos de corrupción.
5. 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 para *“... en aspectos que hagan énfasis en la elaboración y seguimiento del plan de riesgos de corrupción para el INPEC, dimensionamiento (sic) de la planta de personal del INPEC y acompañamiento en la implementación de la reforma del código penitenciario y carcelario.”* Con prorroga 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”* (resaltado 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.



2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1. COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1. Autoevaluación del Control y Gestión

En la mayoría de los niveles de la organización resulta poco probable que se construyan estándares dirigidos la autoevaluación al control y autoevaluación a la gestión en procura de la mejora continua por carecerse, de los conocimientos metodológicos para ello y por ausencia o falta de socialización e implementación y/o actualización de los insumos de control al interior de los diferentes procesos de la organización.

La Oficina de Control Interno viene sensibilizando al personal del INPEC, en el nivel central y regional (Noroeste y Occidente) sobre la importancia y metodología a seguir para aplicar estos instrumentos de mejoramiento de gestión y control al interior de los procesos y procedimientos.

Igualmente, viene insistiendo ante el nivel directivo, en cuanto a que se debe asumir el liderazgo en la administración del riesgo y aplicación de los distintos indicadores de gestión, pues estos elementos, son insumos cualificados, para aplicar la autoevaluación institucional.

2.2. COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2014

La Oficina de Control Interno ejecutó el cronograma de auditorías 2014, adelantando 18 auditorías internas, de ellas 4 fueron integrales y 14 de carácter específico, para el control a las mismas se creó una matriz de seguimiento de auditorías, en esta matriz se observa por medio de hipervínculos cada uno de los documentos que se generaron en el desarrollo de cada auditoría, permitiendo ejercer control a las mismas.

Enero – Marzo de 2015

Los funcionarios de la Oficina de Control Interno elaboraron el Programa Anual de Auditorías vigencia 2015 de acuerdo con los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con base en este se procedió la a realizar la entrega del memorando de encargo para dar inicio a la auditoría al Proceso Planificación Institucional del INPEC.

En cuanto a auditorias de Calidad, las mismas no se han llevado a cabo debido a la no implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Instituto.

Como ejercicio de evaluación y seguimiento se presentó el informe de Control Interno Contable con los siguientes resultados para el año 2014.

CONTROL INTERNO CONTABLE

La Oficina de Control Interno tomando como base los lineamientos establecidos en la Ley 87 de 1993 la cual establece que se debe ejercer la debida evaluación al Sistema de Control Interno de la Entidad, realizo la evaluación del Sistema de Control Interno Contable del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC bajo los parámetros contenidos en la Resolución No. 357 de 2008 *“Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación”*, la evaluación se realizó para la vigencia 2014.

Se verificó cada una de las etapas del proceso contable y la efectividad de los controles establecidos para ello, entre los cuales encontramos: La etapa de Reconocimiento, de la cual hace parte la identificación, clasificación y los registros y ajustes de la información; La Etapa de Revelación, con la elaboración de los Estados Contables y otros informes, el análisis, interpretación y comunicación de la información y, finalmente, los otros elementos de control y las acciones de mejora implementadas.

De acuerdo a los parámetros establecidos por la Contaduría General de la Nación y a la tabulación y análisis de los resultados del Cuestionario se obtuvo un resultado de **2.98** en la evaluación del Control Interno Contable del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, este resultado evidencia una **CALIFICACIÓN DEFICIENTE**, Esto indica que durante la vigencia 2014 no se obtuvo avance alguno sobre las recomendaciones realizadas en la evaluación de Control Interno Contable vigencia 2013, lo que demuestra un desinterés en la mejora continua, lo cual se ve reflejado en el NO FENECIMIENTO DE LA CUENTA y en la calificación obtenida en el proceso auditor de la Contraloría General de la República-CGR.

Teniendo en cuenta el puntaje obtenido con base en las verificaciones realizadas en el desarrollo de la evaluación se determinaron las siguientes debilidades del control interno contable del Instituto:

- Carencia de personal administrativo con las competencias necesarias para el adecuado desempeño del proceso contable.
- En muchos establecimientos de reclusión los encargados del proceso contable pertenecen al personal del Cuerpo de Custodia y Vigilancia lo cual no permite que su función este dedicada en un 100% a esta labor.

- No hay Procedimientos elaborados para el proceso contable lo que no permite establecer mapas de riesgos, controles y seguimientos, además no se puede verificar donde articula el proceso con las demás dependencias de la Entidad.
- No se ha elaborado el Manual Contable y las Políticas de Operación.
- El Comité de Sostenibilidad Contable no se reúne para tomar las decisiones que permitan la depuración de las cuentas.
- El aplicativo PCT software de apoyo para la administración de bienes está siendo subutilizado y no se encuentra actualizado, lo que genera un riesgo en el consolidado de los bienes del Instituto, y el costo de los inventarios no es real.
- Los funcionarios responsables de los procesos proveedores de información al proceso contable no tienen el pleno conocimiento en el manejo de los sistemas ejemplo: PCT administración de bienes muebles e inmuebles.
- Los responsables del almacén en los establecimientos de reclusión no realizan la toma física de los inventarios en las fechas establecidas según normatividad vigente.
- Los usuarios del sistema SIIF Nación no tienen la suficiente claridad de la funcionalidad del ciclo de negocio Gestión Contable y de cómo este interactúa con los demás.
- Se pudo observar que las notas a los Estados Financieros no muestran con suficiencia el contenido en los aspectos cualitativos o cuantitativos que han afectado o pueden afectar la situación financiera, económica y social del Instituto.
- No se establece la necesidad de solicitar la conciliación de los saldos recíprocos desde y hacia otras entidades.
- No hay permanente comunicación con el administrador del sistema SIIF Nación y la entidad esto en cuanto a que el sistema no integra la totalidad del proceso contable.

En relación a las inconsistencias detectadas en el proceso contable, la oficina de Control Interno sugiere al responsable de llevar y procesar la información implementar la aplicación del formulario de evaluación de control interno contable periódicamente, con el propósito de materializar la autoevaluación, el autocontrol y el mejoramiento continuo del proceso contable.

Por lo anterior la oficina realiza las siguientes recomendaciones:

- Elaboración e implementación del Manual Contable y Políticas Contables de Operación.
- Elaboración de los Procedimientos Contables y Financieros integrando a los mismos la implementación y funcionamiento del Sistema Integrado de Información Financiera SIIF NACIÓN.
- Actualizar la Resolución donde se conforma y establece el Comité de Sostenibilidad Contable junto con sus funciones y Responsables.
- Capacitación al personal en los siguientes temas:

- Normas del Régimen de Contabilidad Pública.
- Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública.
- Constante actualización y reinducción en los procesos realizados en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF NACIÓN.
- Creación de mecanismos que permitan cuantificar los Hechos Sociales y Ambientales de la Entidad.
- Registrar en el sistema PCT la totalidad de los movimientos de los inventarios realizados por el almacén y confrontarlos con la información registrada en contabilidad sistema SIIF NACIÓN II, con el fin de realizar los ajustes pertinentes que permitan reflejar saldos reales en los Estados contables.
- Implementar mecanismos de seguimiento y control para los registros contables automáticos y no automáticos realizados por las subunidades ejecutoras.
- Revisar la parametrización de las tablas de eventos contables realizadas por la Contaduría General de la Nación, verificando la clasificación de los hechos económicos.
- Efectuar depuración contable permanente y de sostenibilidad.
- La administración debe garantizar que el personal que labore en el área contable posea los estudios y las competencias para el desempeño de dicha labor.
- Es importante implementar una cultura donde la información contable debe servir de instrumento para que los diferentes usuarios fundamenten sus decisiones y optimicen los recursos públicos, en procura de una gestión pública eficiente.
- Identificar los riesgos de índole contable a fin de mitigar todas aquellas acciones que no permiten el desempeño del proceso. Así mismo monitorear y analizar las causas y formular acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora para el proceso.

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

El proceso Planificación institucional en cabeza de la Oficina Asesora de Planeación, orienta a los procesos en la formulación de las acciones de mejora para la construcción del Plan de Mejoramiento, una vez elaborado el plan de mejoramiento institucional, esa Oficina Asesora lo suscribe ante la Contraloría General de la República mediante el aplicativo SIRECI y lleva a cabo el seguimiento valiéndose de la matriz de Plan de Mejoramiento con documentos soportes de las actividades llevadas a cabo por los procesos y dirigidas a subsanar el hallazgo.

La Oficina de Control Interno con base en lo anterior y en el cumplimiento de sus funciones, llevó a cabo seguimiento a la eficacia de 17 acciones de mejora y 42 actividades trazadas en el Plan de Mejoramiento Institucional, para el proceso Planificación Institucional. En esa verificación se ha evidenciado que el estado de avance de 100% presentado en algunos hallazgos, no corresponden a la realidad,

toda vez, que las acciones de mejoramiento propuestas no eliminan las causas de los hallazgos y por lo mismo estos se mantienen.

Esta situación fue dada a conocer al dueño del proceso Planificación Institucional, con el fin de que diseñará una metodología para elaboración de planes de mejoramiento y modificación de acciones correctivas, preventivas y de mejora (reprogramación, reformulación o eliminación); y la misma se divulgará a los dueños de procesos para una adecuada formulación de planes de mejoramiento y de esta manera entregar datos oportunos y confiables al Comité Directivo y a la Contraloría General de la Republica.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

3.1. Información y Comunicación Interna y externa

Para la atención y buen servicio al cliente externo, el Grupo de Atención al Ciudadano del Instituto cuenta con canales personalizados, página WEB – LINK atención al ciudadano, puntos de atención a nivel nacional, correos, teléfonos, dirección de los puntos de atención. Manual de Atención al Ciudadano (Protocolo), estadísticas y buzón de sugerencias, no obstante a lo anterior la atención al ciudadano en la entidad continúa siendo inefectiva, situación que se puede evidenciar en el incremento en de derechos de petición y acciones de tutela.

En las fuentes internas de información el Grupo de Atención al Ciudadano ha socializado a diario y difundido en las Regionales y Establecimientos de Reclusión herramientas y material para atender de la mejor manera a nuestros usuarios, tales como: Puntos de atención en cada establecimiento y Direcciones Regionales, recepción de peticiones quejas y reclamos por medio del aplicativo Quejas WEB, escrito, telefónico, por correo electrónico y personalizado, se necesita que las mismas contengan la siguiente información, a quien va dirigido, nombre completo o puede ser un anónimo, dirección, teléfono, descripción de la queja.

También se cuenta con material publicitario: Pendones (Como hacer una queja), plegables informativos, afiches, volantes, cartilla de atención al Ciudadano, protocolos guías de atención al ciudadano y encuestas de satisfacción del servicio de atención al ciudadano.

En el Instituto con el CRAET (Comité de Recepción, Evaluación y Tramite de Quejas) conformado por el Director General, área jurídica, Control Interno Disciplinario y Grupo de atención al Ciudadano. El cual se reúne cada (8) días los miércoles con el fin de identificar las quejas de mayor impacto para darle solución inmediata.

El Instituto cuenta con el aplicativo “SISIPEC” Sistematización Integral del Sistema Penitenciario el cual cuenta con cuatro (4) fases:

1. Mercadeo migración de reportes.
2. Módulos, ingresos a Establecimientos y ubicación en Celdas.
3. Modulo estadística disciplinarios, Jurídico, domiciliario y Traslados.
4. Migración Atención y Tratamiento.

Cabe resaltar el reconocimiento dado al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario por parte del DANE, del “Registro de Información Penitenciaria”, toda vez que se certificó al Instituto con calificación buena de 2012 a 2014 y en febrero de 2015 nuevamente evalúan y dan certificación de calificación buena hasta el 2016.

3.2. Sistemas de Información y Comunicación

El INPEC cuenta con medios de acceso como la página WEB del Instituto, Ruta Virtual. Intranet. Tableros de Control, Consulta de aplicativo SISIPEC.

La Oficina Asesora de comunicaciones del INPEC se empeña en mantener informados y actualizados a todos los usuarios y para cumplir con ese objetivo cuenta con (2) dos grupos y sus respectivas funciones así:

Grupo de comunicación pública:

1. Programa en Televisión Institucional Domingo 5:30 P.M. Canal Institucional.
2. Manejo de Prensa y Medios de Comunicación, viajes semanales a los Establecimientos de Reclusión e ingreso de los medios de comunicación a los establecimientos con el fin de realizar entrevistas a los internos.
3. Imagen Institucional: En Prensa, notas positivas de los establecimientos tales como: Actividades de desarme, Actividades Productivas, deportivas, culturales, educativas, etc. Esto se lleva a cabo con el aval de la Dirección General del Instituto.
4. Ruedas de prensa y Boletines de prensa Modelo Noticia.
5. Página WEB, saca publicaciones de noticias.
6. Cubrimiento de eventos, monitoreo de los medios.

Grupo de comunicación organizacional

Cuenta con las siguientes medios de comunicación interna (NOTINPEC semanal, Boletines internos, correos MAILING, revista institucional (anual), redes sociales (Twitter, YouTube, Facebook institucional)

No obstante, estos medios se encuentran centralizados, es decir no existe la cobertura necesaria a todos los funcionarios en cada uno de los establecimientos de reclusión, principalmente el cuerpo uniformado del Instituto.

4. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Las fortalezas y debilidades descritas a continuación son resultado del informe ejecutivo anual de Control Interno 2014.

4.1. FORTALEZAS

4.1.1. Se aprecia avance cuantitativo y cualitativo en la implementación de los componentes y elementos del Módulo de Planeación y gestión que han permitido:

- Sentar las bases para generar cultura organizacional respecto a la importancia del control a la gestión en los diferentes procesos de la entidad.
- La construcción de lineamientos estratégicos sólidos con base a referentes normativos que, una vez socializados, generarán un ambiente de control favorable y un actuar estandarizado con enfoque por procesos, generando documentalmente una orientación estratégica y organizacional del INPEC.

4.1.2. Los Planes, programas y proyectos se formulan con el cumplimiento de los requerimientos legales y enfocados al cumplimiento de los objetivos institucionales buscando la satisfacción de las partes interesadas generando mecanismos de evaluación y seguimiento para su cumplimiento.

4.1.3. Se ha avanzado en la visualización, desde diferentes perspectivas, de los riesgos que puedan truncar el cumplimiento misional lo que a su vez ha posibilitado la construcción de estrategias para el manejo de los mismos

4.1.4. Se tiene claridad de la competencia de cada una de las instancias de participación dentro del MECI, ya que las mismas han sido adoptadas y, en mayor o menor grado, vienen funcionando y cumpliendo con su objetivo.

4.1.5. Se tienen identificadas las fuentes de comunicación interna y externa que permiten adelantar evaluaciones de percepción externa e identificar

necesidades de las partes interesadas para mejorar la prestación del servicio acorde con las necesidades de las partes interesadas.

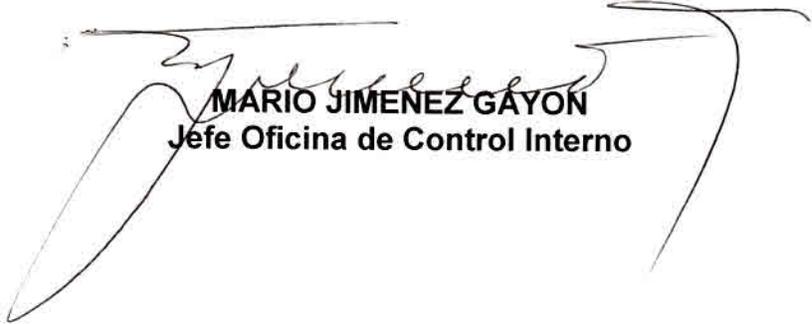
- 4.1.6. El Sistema de Información de la entidad, es robusto, confiable, amigable, actualizado en la información y tecnología y suficiente para administrar los recursos: humanos físicos, financieros y tecnológicos.
- 4.1.7. La entidad cuenta con la estructura suficiente para mantener actualizada la información en su página Web y así cumplir con lo exigido por el artículo 9º y 11 de la ley 1712 de 2014
- 4.1.8. La entidad para el año 2014 actualizo y socializo su mapa de procesos
- 4.1.9. La entidad cuenta con un plan de mejoramiento, con herramienta de control respecto a su estado de avance y cumplimiento.

4.2. DEBILIDADES

- 4.2.1. Falta de compromiso de la alta dirección encaminada a la sensibilización, socialización y capacitación del MECI de tal manera que se interiorice en los servidores de la entidad.
- 4.2.2. Si bien se ha dado orientación estratégica basada en referentes normativos, ésta aún no alcanza a generar una cultura organizacional que conlleve a mantener el control efectivo en los diferentes procesos del INPEC, pues esta orientación no ha alcanzado a diseminarse dentro de los diferentes niveles de la organización.
- 4.2.3. En la mayoría de los niveles de la organización resulta poco probable que se construyan estándares dirigidos la autoevaluación al control y autoevaluación a la gestión en procura de la mejora continua por carecerse, de los conocimientos metodológicos para ello y por ausencia o falta de socialización e implementación y/o actualización de los insumos de control al interior de los diferentes procesos de la organización.
- 4.2.4. En la mayoría de los casos no se cuenta con los recursos necesarios para avanzar en el desarrollo de las funciones que permita construir dinámicas de mejora continua.
- 4.2.5. Aunque se cuenta con un Código de ética, el mismo no ha sido actualizado desde el año 2009 y el Comité de ética creado para fijar políticas no se ha reunido, al menos una vez, en los últimos tres (3) años.

- 4.2.6.** El compromiso de la alta dirección para el año 2014, frente al cumplimiento del Código de ética y el fortalecimiento de la cultura, los principios y los valores de la entidad fueron mínimos.
- 4.2.7.** A pesar de contarse con un Programa de inducción (año 2014), el mismo no contiene la totalidad de los temas y lo que contiene no se aplica en su totalidad y en la oportunidad establecida en la ruta de ingreso del trabajador. El programa no ha sido aprobado por el representante legal de la entidad, situación que hubiera permitido un análisis constructivo antes de su promulgación.
- 4.2.8.** El programa a pesar de las fallas no ha sido revisado para su actualización.
- 4.2.9.** Los acuerdos de Gestión no se han suscrito dentro de los términos establecidos, no se evidenció seguimiento ni se han evaluado después de acabar el ejercicio
- 4.2.10.** A pesar de los esfuerzos económicos y administrativos no se han adoptado las tablas de retención documental perjudicando, entre otros temas, la implementación del SGC
- 4.2.11.** El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (artículo 9 Ley 1712 de 2014), no fue construido al 100% de los procesos de la entidad, así como tampoco se hizo dentro de los tiempos establecidos. No se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción que abarque todos los procesos de la entidad.
- 4.2.12.** Los informes de gestión, evaluación, auditoría y pormenorizados no se publican en forma oportuna en la página web de la entidad.
- 4.2.13.** La recepción y registro de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, su distribución, seguimiento así como su oportuna respuesta presenta deficiencias.
- 4.2.14.** En lo relacionado con la audiencia de rendición de cuentas la entidad no formuló acciones de información, dialogo e incentivos, así como tampoco realizó evaluaciones de cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas ni formuló un plan de mejoramiento como resultado de la estrategia de rendición de cuentas.
- 4.2.15.** Frente a la identificación de acciones correctivas y preventivas la respuesta de la entidad no actúa de manera oportuna.

- 4.2.16.** Los indicadores de gestión que se han diseñado para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos no cuentan con seguimiento que permitan hacer una evaluación cuantitativa y cualitativa del cumplimiento de la gestión.
- 4.2.17.** No se cuenta con un manual de operaciones que permita tanto a funcionarios como demás partes interesadas tener una fuente de consulta sobre cómo se ejecutan las diferentes actividades a cargo del INPEC.
- 4.2.18.** A pesar de haberse establecido controles para evitar la materialización del riesgo, no se les realiza un seguimiento que permita su medición análisis y ajuste.
- 4.2.19.** La entidad no cuenta con una Oficina de Control Interno robustecida que le permita actuar con recurso humano, técnico y logístico para cumplir sus roles, lo cual conllevaría a construir programas de auditoría realizables, basada en las necesidades más apremiantes y midiendo cobertura con base a recursos, situación que no se presentó en la OCI. (año 2014)
- 4.2.20.** Aunque se cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional, la construcción de las acciones de mejoramiento así como su cumplimiento, no es la mejor, pues en la mayoría de los casos las acciones no eliminan las causas de los hallazgos y se encuentran acciones de mejora sin cumplir desde hace varios años, todo lo cual impide que se constituyan en lo que deberían ser, un insumo fundamental para el mejoramiento permanente de la gestión institucional.
- 4.2.21.** Los Planes de Mejoramiento Individual no se encuentran establecidos en la entidad.



MARIO JIMENEZ GAYON
Jefe Oficina de Control Interno