

8150-OFICI-

Bogotá, 16 de junio de 2023

INPEC 16-06-2023 13:26
Al Contestar Cite Este No.: 2023IE0126172 Fol:1 Anex:1 FA:10
ORIGEN 8150 - OFICINA DE CONTROL INTERNO / OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO
DESTINO 8100 - DIRECCION GENERAL / JOSE HERNANDO MEDINA BERNAL
ASUNTO INFORME DE AUDITORIA DE GESTIÓN – PROCESO TRATAMIENTO PENITENCIARIO.
OBS

2023IE0126172



Señor Teniente Coronel
DANIEL FERNANDO GUTIÉRREZ ROJAS
Director General Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC (E)
Ciudad

Asunto: Informe de auditoría de gestión – proceso Tratamiento Penitenciario.

Cordial Saludo

La Oficina de control interno en cumplimiento al Programa Anual de Auditoría 2023 aprobado por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno adelantó auditoría al proceso de tratamiento penitenciario, surtiendo todas las etapas previstas y culminado así con este informe de auditoría del cual remito copia, como resultado de esta auditoría se evidenciaron seis (6) hallazgos ratificados.

Este informe fue remitido a la Dirección de Atención y tratamiento, para que dentro del rol y funciones que le corresponden realicen la gestión para subsanar los hallazgos evidenciados en la auditoría llevada a cabo por esta oficina y realizar el respectivo plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días siguientes al recibo del presente informe, plan que será revisado por esta oficina para posteriormente hacer el seguimiento a las acciones de mejora propuestas.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente;



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

Anexo: Informe de Auditoria (10 folios)

Revisado por: Oscar Orlando Gómez – Jefe (E) de la Oficina de Control Interno
Elaborado por: Jinny Andrea García Olarte – Coordinadora Grupo Enfoque Hacia la Prevención
Fecha de elaboración: 16 de junio de 2023
Archivo: C:\Users\AGARCIAO\Desktop\Documentos\Auditorias 2023\Atención y Tratamiento\Informe\Oficio presentación Infome Final Dirección.docx

INFORME DE AUDITORIA

1. NOMBRE DEL LUGAR /DEPENDENCIA O PROCESO:	Atención y Tratamiento
2. RESPONSABLE:	Dra. Martha Isabel Gómez Mahecha
3. AUDITOR LIDER:	Jinny Andrea García
4. EQUIPO AUDITOR	Jorge Enrique Barrera Zuly Yormary González (Apoyo técnico)
5. FECHA DE LA AUDITORIA:	20 de marzo al 28 de abril 2023

6. Objetivo

Realizar evaluación independiente sobre la efectividad de los controles del proceso de Tratamiento Penitenciario, para el cumplimiento de los objetivos misionales, en el marco de las disposiciones normativas que regulan su operatividad, con miras a fortalecer el Sistema de Control Interno y promoviendo la mejora continua en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

7. Alcance

El alcance de la presente auditoria comprende el proceso de tratamiento penitenciario desde ingreso del PPL al establecimiento y su asignación en fase de observación hasta el cumplimiento de su plan de tratamiento y las actividades de redención.

Se verifica el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que le son aplicables al proceso en mención.

8. Hallazgos y/o Observaciones

A continuación, se describen cada una de las situaciones para las cuales se evidenció falta de efectividad de los controles implementados; por lo que se requiere intervención del dueño del proceso en la definición de un plan de tratamiento que de como resultado el fortalecimiento o la implementación de controles efectivos.

Hallazgo No 1. Falta de oportunidad en el seguimiento, clasificación y actualización en las diferentes fases de tratamiento con asignación de actividades que no corresponden al plan de tratamiento.

Nivel Alto

Condición: El control establecido por parte del CET para el seguimiento y actualización de la fase de clasificación de la PPL no asegura la oportuna clasificación de la PPL en las diferentes fases de tratamiento, evidenciando:

- De una muestra de 50 privados de la libertad condenados, 46 PPL (93%) debió esperar más de 3 meses para ser clasificado en esta fase desde la confirmación de condena y de estos; 8 (17%) llevan esperando a la fecha más de 3 meses sin seguimiento para su promoción a la siguiente fase. (Anexo 1 H1-1).

- 25 (51%) PPL de una muestra seleccionada de 49 PPL se les asigno una actividad de tratamiento que no corresponde a esta fase. (Anexo 1 H1-1).
- De una muestra seleccionada de 6 establecimientos, se revisaron los reportes para todas las fases del aplicativo SISIPPEC denominado, "Interno sin seguimiento mayor a 180 días", los cuales EL 48% se encuentran sin seguimiento al momento de la revisión. (Anexo 1 H1-2).

Cuadro No 1. Internos sin seguimiento mayor a 180 días.

Eron	Internos sin seguimiento >a 180 días según reporte fase alta	Internos sin seguimiento >a 180 días según reporte fase mediana	Internos sin seguimiento >a 180 días según reporte fase mínima	Internos sin seguimiento >a 180 días según reporte fase confianza	Internos sin seguimiento >a 180 días según reporte fase observación	Total, sin seguimiento	Total, población establecimiento	% sin seguimiento
CPMS Bucaramanga	538	111	43	17	34	743	1.346	55%
RM Pereira	43	29	6	-	12	90	157	57%
EPMSC Medellín	775	106	63	14	155	1.113	2.438	46%
EPMSC Barranquilla	211	29	24	9	1	274	611	45%
RM Bogotá	498	122	60	3	6	689	1.412	49%
CPMS Bogotá	797	265	45	26	40	1.173	2.487	47%
TOTAL	2.862	662	241	69	248	4.082	8.451	48%

Fuente: Cuadro realizado por la OFICI a partir del reporte descargado de SISIPPEC.

En cuanto a la actividad de redención:

- 283 PPL (3%) de una muestra seleccionada de 11.075 PPL clasificados en fase de observación, sin asignación de la actividad de inducción correspondiente a esta fase. (Anexo 1 H1- 3).
- 12 conceptos integrales (27%) de una muestra de 45 conceptos que se encuentran registrados en acta CET, observando que la estrategia de intervención no se ajusta al tipo de delito para seis (6) PPL, y se repite para diferentes tipos de delito en seis (6) PPL, lo que evidencia que el plan de tratamiento asignado no se ajusta a las necesidades de la PPL. (Anexo 1 H1- 4).
- No existe una adecuada segregación de funciones en la emisión del concepto integral CET y elaboración del plan de tratamiento JETEE para los PPL, donde las funciones de estos cuerpos colegiados recaen sobre un solo funcionario.

Criterio: Procedimiento Operatividad del consejo de evaluación y tratamiento – CET PM-TP-P07- V1; Procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades– JETEE PM-TP-P03 V4.

Causa: El proceso no cuenta con controles adecuados que aseguren el cumplimiento de la oportunidad y la adecuada promoción y asignación de las actividades de redención. Así mismo la falta de segregación de funciones puede afectar la confiabilidad de la información.

Consecuencia: Afectación de la permanencia del PPL y de la efectividad del plan de tratamiento propuesto. Aunado a lo anterior y revisado el mapa de riesgos institucional, se observa que los riesgos identificados se encuentran incluidos.

Recomendación: Fortalecer los controles evaluando la automatización de procesos para asegurar una adecuada segregación de funciones y el cumplimiento de la oportunidad establecida legalmente para la promoción de la PPL.

Análisis de las observaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se recibe respuesta por parte del grupo de tratamiento penitenciario a lo cual se permite precisar lo siguiente; si bien se menciona que se realizan seguimientos de manera mensual y aleatorio a ERON por parte del nivel central, así como elaboran plan de trabajo con cronograma, estos son mecanismos de control correctivos que no aseguran un adecuado nivel de efectividad en el proceso, por otra parte; desde el grupo de tratamiento ya se tienen identificadas las necesidades para el 2024 y las recomendaciones a implementar para mejorar el proceso, por tanto se deben fortalecer e implementar los controles que aseguren la oportunidad y confiabilidad de la información, así las cosas el presente hallazgo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento.

Hallazgo No 2. Falta de control en el registro de tiempos de redención en SISIEPEC.

Nivel Alto

No existe un control que asegure la trazabilidad de la información en SISIEPEC, respecto en el registro de las planillas físicas. Al verificar aleatoriamente el reporte de planillas se observa que no se están registrando las horas en el documento Planillas Registro de horas (Control Diario), adicionalmente se presentan diferencias entre las horas reportadas y las horas registradas en SISIEPEC, como se detalla a continuación:

Cuadro No 2. Reporte planillas borrador vs registro SISIEPEC.

ERON	Planillas Registro de horas (Control Diario físico)	Planilla de Control y computo de horas (SISIEPEC)	Diferencias	Observaciones
EPMSC Barranquilla	54 horas	24 horas	30 horas	Las horas de control diario son más altas que las registradas en SISIEPEC
	0 horas	192 horas	192 horas	La Planilla de registro de horas no contiene datos numéricos de registro de horas
	0 horas	216 horas	216 horas	
	0 horas	176 horas	176 horas	

Fuente: Elaboración propia a partir de la información evidenciada en el EPMSC Barranquilla.

Lo anterior se genera por la falta de segregación de funciones en el registro de las planillas de tiempos laborados, situación que incrementa el riesgo de corrupción evidenciado en horas registradas sin soporte. (Anexo 1 H2, Anexo 2 registro fotográfico).

Criterio: Procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades– **JETEE** PM-TP-P03 V4 con el diligenciamiento de los formatos, en lo establecido en los numerales 20, 23,25 y 28 en los cuales se explican los pasos que se deben seguir para la revisión de las planillas de registro de horas, calificación de desempeño de las personas privadas de la libertad y la expedición de los certificados de cómputo respectivamente.

Causa: Falta de control y segregación de funciones de los responsables de las actividades ocupacionales quienes son los encargados de registrar las respectivas horas en el aplicativo SISIEPEC.

Consecuencia: Afectación de los tiempos de certificación de horas de la PPL.

De igual forma revisado el mapa de riesgos institucional no se encontró un riesgo asociado a la descripción del presente hallazgo, sin embargo, el equipo auditor sugiere al proceso de Tratamiento Penitenciario se estudie la posibilidad de incluir un riesgo para esta situación, teniendo en cuenta las diferentes circunstancias que se pueden presentar al generar los certificados TEE por no realizar la respectiva verificación de las planillas.

Recomendación: Implementar un control que asegure una adecuada segregación de funciones en el registro de los tiempos certificados de las planillas que alimentan el sistema SISIEPEC.

Análisis de las observaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se recibe respuesta por parte del grupo de tratamiento penitenciario donde se manifiesta que ***“Respecto a este punto no se puede decir que por falta de registro de horas haya una afectación de los tiempos de redención de la PPL; por cuanto la redención la otorga el Juez de ejecución de penas, desde el proceso de Tratamiento Penitenciario, se certifican horas y califica el desempeño ocupacional, igual la JETEE no puede generar actas de calificación sin que se haya registrado las horas y calificado a cada PPL”***, sin embargo la debilidad identificada por esta oficina se refiere a las inconsistencias entre el registro de horas en el aplicativo SISIEPEC vs las planillas físicas, dado que en las muestras tomadas se evidenciaron planillas sin diligenciar, no obstante en el aplicativo SISIEPEC si se encontraban registradas las horas.

Por otro lado, este grupo menciona que se debe continuar con el seguimiento por parte de las direcciones regionales de manera mensual y los seguimientos aleatorios desde nivel central y verificar desde el sistema, sin embargo, se omite la revisión física a las planillas, las cuales son el control que permite identificar si el PPL asistió o no a la actividad, verificando los casos de ausentismos por permisos de 72, incapacidades, entre otros. Así las cosas, el presente hallazgo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento.

Hallazgo No 3. Conceptos integrales en SISPEC no soportados con la evidencia física del CET en las carpetas de la PPL.

Nivel Medio

Se evidencian conceptos integrales en SISPEC sin el soporte físico de la evaluación por parte del CET. De una muestra de 41 conceptos integrales tomados de manera aleatoria en los establecimientos EPMSC Barranquilla, EPMSC Medellín, y CPMS Bucaramanga, se observó que, de los 3 conceptos requeridos, alguno de los 3 no se evidenció en la carpeta del PPL. Esta situación genera riesgos de asignación y promoción inadecuada o no soportada dado que estos son parte integral para emitir el concepto y deben reposar en la carpeta de cada PPL. A continuación, el resumen de lo evidenciado (Anexo 1 H3):

Cuadro No 3. Conceptos Integrales.

Concepto	No. PPL con documento	No. PPL sin documento	Total Muestra	Porcentaje
Concepto Jurídico	32	9	41	22%
Concepto Seguridad	8	33	41	80%
Concepto Psicosocial	18	23	41	56%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información evidenciada visita a los ERON.

Adicionalmente se observó que los formatos utilizados no son los establecidos en la plataforma Isolución.

Criterio: Procedimiento Operatividad del consejo de evaluación y tratamiento – CET PM-TP-P07- V1 de 21/Abr/2022 con el diligenciamiento de los formatos establecidos.

Causa: Falta de segregación de funciones en la manipulación de la documentación que soporta la trazabilidad de los conceptos integrales que sustentan la promoción de la PPL.

Consecuencia: Posibilidad de promociones inadecuadas o no soportadas. Adicionalmente, en revisión al mapa de riesgo institucional, vigencia 2023, no se observa un riesgo asociado directamente al presente hallazgo, sin embargo y en atención al procedimiento Operatividad del Consejo de Evaluación y Tratamiento – CET, es deber del Consejo de Evaluación y Tratamiento (C.E.T) dar apertura al archivo de cada PPL, con la cartilla biográfica, ficha de ingreso y los registros de clasificación y reclasificación en fase de tratamiento, por lo que ha sido evaluado, la cual debe estar presta para la PPL en cualquier momento que este lo requiera.

Recomendación: Se recomienda implementar un control de trazabilidad que asegure que la información ingresada a SISPEC corresponde a la información y soportes físicos del CET.

Análisis de las observaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se recibe respuesta por parte del grupo de tratamiento penitenciario, donde manifiestan que “**el próximo semestre se va a solicitar en los seguimientos presenciales por parte de la regionales cuando asisten de manera presencial la revisión periódica de las carpetas que tengan los formatos**”, por lo anterior se tienen identificadas las mejoras a realizar en el proceso, de manera que el presente hallazgo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento.

Hallazgo No 4. Inadecuada planeación de la oferta de actividades de redención.

Nivel Medio

Condición: Ineficiente asignación de los cupos ofertados en actividades de redención, observado en una muestra de tres establecimientos a los cuales se les verifico el plan ocupacional, evidenciando que un 24% de los cupos se encontraban sin asignar. A continuación, el resumen de lo observado:

Cuadro No 4. Plan Ocupacional

ERON	Actividad ocupacional existente	Numero de cupos ofertados	No de cupos asignados	Diferencia	Porcentaje cupos por asignar
EPMSC Barranquilla	Educación básica clei III	50	29	21	42%
	Comité de Asistencia Espiritual	7	7	0	0%
	Educación básica clei VI	29	28	1	3%
	Recuperador ambiental-paso inicial	157	150	7	4%
EPMSC Medellín	Maderas-3461- TVD pat049-tyd, patio049 maderas	95	85	10	11%
	Maderas-3461-tyd pat133-tyd, patio 16	50	43	7	14%
	Comité de derechos humanos-25604	7	5	2	29%
	Programas de formación laboral-25882 - TVD aul-275-tyd, aula elaboración artesanal de productos en cuero	35	27	8	23%
	Programas de formación laboral-25882 - TVD aul-258- curso en construcción	26	23	3	12%
	Confecciones-3480-tyd tal075-tyd, taller 075 confecciones penal	40	22	18	45%
	Manipulación de alimentos preparación-25430-tyd ran222- manipulador de alimentos	36	35	1	3%
CPMS Bucaramanga	Maderas - 1803	100	53	47	47%
	Telares y tejidos - 1804	140	120	20	14%
	Ed. Basica Mei Clei I - 12828	60	24	36	60%
	Comunidad terapéutica - 1759	150	113	37	25%
	Curso en artes y oficio - 1756	70	38	32	46%
	Inducción al tratamiento - 1757	330	224	106	32%
	Recuperador ambiental paso inicial - 21193	190	162	28	15%
Totales		1572	1188	384	24%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información evidenciada visita a los ERON

Lo anterior se presenta a causa de una inadecuada planeación de la oferta. Al verificar el porqué de la no asignación se observó que los PPL no cumplen los requisitos para acceder a la

oferta, adicionalmente las solicitudes se concentran en actividades que generan ingresos; sin embargo, estas situaciones deben ser tenidas en cuenta para la determinación de la oferta. (Anexo 1 H 4).

Criterio: Procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades– JETEE PM-TP-P03 V4 con el diligenciamiento de los formatos.

Causa: Falta de evaluación y actualización de la oferta respecto las necesidades de la PPL.

Consecuencia: Falta de accesibilidad a los programas de redención de pena, así como la afectación del tiempo de redención.

Recomendación: Diseñar e implementar un control que asegure que la oferta de actividades es coherente con las necesidades de la PPL y se asigna eficientemente.

Análisis de las observaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se da respuesta al informe, sin observar comentarios para el presente hallazgo, por tanto, el mismo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento.

Hallazgo No 5. Debilidades de control en la asignación de actividades de redención.

Nivel Medio

Condición: Debilidades de control en la asignación y verificación de requisitos desde el momento de la solicitud por parte del PPL a alguna de las actividades de redención, observando:

- No hay un control que asegure que la verificación de requisitos de la PPL que dio como resultado la asignación o rechazo del PPL hubieran sido procedentes, de una muestra seleccionada en los establecimientos de CPMS Bucaramanga y EPMSC Medellín, se observó que para 2 PPL no se justificaron las causales de rechazo, lo que propicia riesgos de corrupción. (Anexo 1 H5).
- Verificado el plan ocupacional del establecimiento de RM Pereira, se evidencio al comparar la orden de trabajo 4695785 con la actividad que desarrolla; que la PPL Franci Paola Sánchez Corredor con NUI 1093498, corresponde a tejidos y telares, no obstante, se encuentra como repartidor de alimento. Lo que evidencia la debilidad de los controles existentes.
- Al verificar una muestra selectiva de asignación de actividades de 15 PPL, mediante acta de junta JETTE y comparando los conceptos integrales de estos, se pudo constatar que para 5 de ellos no se determina la actividad que puede desempeñar para cumplir con la redención de pena. (Anexo 1 H5).

Criterio: Procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades– **JETEE** PM-TP-P03 V4; Procedimiento Operatividad del consejo de evaluación y tratamiento – CET PM-TP-P07- V1.

Causa: Falta de segregación de funciones en la verificación de requisitos y asignación de la PPL a actividades de redención.

Consecuencia: Posible extralimitación u omisión de requisitos por parte del responsable de la verificación para la asignación de la PPL a actividades de redención.

Recomendación: Evaluar la implementación de validación automática de los requisitos por parte del sistema SISIPEC.

Análisis de las observaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se da respuesta al informe, sin observar comentarios para el presente hallazgo, por tanto, el mismo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento.

Hallazgo No 6. Inadecuada administración de las existencias de KIT de aseo, colchonetas, sábanas, cobijas y almohadas en los ERON.

Nivel Medio

Condición: No existe un control que asegure la adecuada administración de las existencias de colchonetas, sábanas, cobijas, almohadas y kit de aseo. Al seleccionar una muestra aleatoria en 5 establecimientos EPMSC Barranquilla, EPMSC Medellín, CPMS Bucaramanga y RM Bogotá; se observó que no se tiene un control sobre los saldos evidenciando que al momento de la verificación no fue posible determinar las existencias en los establecimientos de Medellín y Pereira, adicionalmente estos elementos no se están almacenando en sitios adecuados, los espacios son reducidos y no permiten una adecuada distribución que asegure su conservación, presentando humedad y filtración de aguas lluvias, por lo que se podría generar deterioro de estos bienes. (Anexo H-6- Imágenes)

Cuadro No 5. Situación evidenciada en los ERON a corte abril 2023.

Establecimiento	Situación evidenciada
EPMSC Barranquilla	Se evidenció que los elementos se encuentran buen estado, sin embargo, no existe una bodega exclusiva del área de tratamiento para su almacenamiento. 376 colchonetas se encuentran almacenadas en un salón en la parte interna del ERON, contigua a los pabellones.
CPMS Bucaramanga	La Oficina de Atención y Tratamiento, cuenta en la actualidad con dos bodegas, las cuales no se encuentran en condiciones óptimas para almacenar estos elementos, estas bodegas están a cargo de un funcionario del CCV quien es el único que tiene acceso a las llaves de las bodegas.
EPMSC Medellín	La bodega se encuentra en condiciones óptimas para su almacenaje, aunque se observó que algunas colchonetas no cuentan con el forro de protección, lo que puede ocasionar un deterioro más rápido de las mismas, en lo que respecta a los elementos de aseo, están almacenados en otra bodega pequeña que no permite realizar una adecuada distribución, por lo que son colocados unos encima de otros, propiciando que los elementos de kit de aseo puedan sufrir daños.

Establecimiento	Situación evidenciada
RM Pereira	Los kit de aseo cuentan con bodega independiente del almacén, la llave la maneja la persona encargada de la entrega de la dotación.
RM Bogotá	Los elementos se encuentran en un lugar inapropiado para su conservación.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información evidenciada en visitas a los ERON.

Criterio: De acuerdo a las recomendaciones del fabricante este tipo de mercancías debe estar libre de humedades que provoquen la propagación de ácaros, y que pueden poner en riesgo a la PPL. Adicionalmente de acuerdo con el procedimiento de Manual de Manejo de bienes PA-LA-M02 V2, y procedimiento Control de Inventarios PA-LA-P01 V2, toda vez que, pese a entregar el área de almacén la custodia de los bienes al área de Atención y Tratamiento, no se está garantizado en ésta el idóneo manejo del bien, no se cuenta con un Kardex, que permita tener una información, clara, real y oportuna de las existencias de estos bienes(kit de aseo y elementos de cama), ni se realizan inventarios para constatar, que esta información: Kardex vs Inventarios físicos, es totalmente concordante con el procedimiento Control de Inventarios PA-LA-P01 V2 lo cual debe efectuarse.

Causa: No existe un control estandarizado y formalizado que asegure una adecuada administración y manejo de existencias de kit de aseo, ya que en lo observado cada establecimiento realiza la custodia y administración de manera diferente.

Consecuencia: Incertidumbre sobre las existencias y afectación de las necesidades de la PPL.

Recomendación: Implementar un control estandarizado para la administración, custodia y administración de las existencias de kit de aseo y colchonetas que asegure su trazabilidad, existencia y custodia de los mismos.

Análisis de las osbervaciones efectuadas por el auditado al informe preliminar

Mediante oficio No. 2023IE0125569 del 15/06/2023 se recibe respuesta por parte del grupo de atención psicosocial donde indican **“Desde el INPEC no se tiene una directriz clara que le indique a los ERON, en qué sitios pueden acopiar los kits de aseo y elementos de cama toda vez que esto depende de la infraestructura de cada ERON y de los espacios que se habiliten para este fin”**, así mismo **“que dado a que no se tiene una infraestructura adecuada para el almacenamiento de la dotación, se dificulta la conservación y disposición adecuada que permita un control de la existencia numérica de estos; en muchos casos no están en bodega independiente sino con otros elementos a los cuales tiene acceso diferentes funcionario”**, por lo anterior y teniendo en cuenta las limitantes mencionadas; se permite dar precisión que es responsabilidad del dueño del proceso establecer los controles que permitan superar dichas falencias por consiguiente, el presente hallazgo se confirma y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento ya que se evidencia la ausencia de controles por parte de los responsables.

Conclusión

Después de realizar las respectivas pruebas sobre la efectividad de los controles del proceso de Tratamiento Penitenciario, podemos concluir que existen debilidades asociadas principalmente con una falta de segregación de funciones, sumado esto a debilidades del sistema SISIPPEC, el cual no contiene validaciones ni esta parametrizado para generar aprobaciones y/o rechazos automáticos con base en la verificación de requisitos. Es necesario fortalecer los controles para evitar que estas decisiones se concentren en los funcionarios y se materialicen en omisiones o extralimitaciones que puedan favorecer o afectar a la PPL.

9. Plan de Mejoramiento

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

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

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

10. Responsable



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