

8150-OFICI-

INPEC 24-03-2023 09:00

Al Contestar Cite Este No.: 2023IE0063921 Fol:1 Anex:1 FA:1

ORIGEN 8150 - OFICINA DE CONTROL INTERNO / OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO  
DESTINO 6371 - DIRECCION ESTABLECIMIENTO / ALDEMAR PENAGOS ESCOBAR  
ASUNTO INFORME OFICINA CONTROL INTERNO AUDITORIA CPAMS DORADA  
OBS

Bogotá D.C., 22 de marzo de 2023

2023IE0063921



Señor

**ALDEMAR PENAGOS ESCOBAR**

Director Establecimiento penitenciario de Alta Y Mediana Seguridad de la Dorada  
Antigua Vía el palmar.  
La Dorada – Caldas

Asunto: Informe Definitivo de auditoría de gestión CPAMS LA DORADA

Comedidamente me permito remitir el informe definitivo de la auditoría realizada del tres (3) al siete (7) de octubre de 2022, esto con el fin, que se presente plan de mejoramiento para hallazgos confirmados, lo cual contarán con un término máximo (10) días hábiles al recibo de este comunicado.

Esto con el ánimo de realizar las acciones de mejora tendientes a corregir y fortalecer la gestión analizada durante la presente auditoria, por lo tanto, es necesario elaborar **PLAN DE MEJORAMIENTO** de los hallazgos evidenciados dentro de los días hábiles al recibo de este informe de auditoría, remitiendo el plan de mejoramiento en el formato establecido por la oficina de planeación.

Una vez sea revisado el plan de mejoramiento por la oficina de control interno será remitido vía correo electrónico para que se hagan los ajustes del caso, al ser avalado esta oficina procederá a cargar la auditoria y los hallazgos en el aplicativo Isolución para que el establecimiento y los procesos involucrados carguen en el mismo las actividades de mejora.

Agradezco su gestión y oportuna respuesta.

Cordialmente,



**OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO**  
Responsable Oficina de Control interno INPEC (e)

**Anexo:** Informe en Treinta y nueve folios (39)

c.c Cr. Juan Carlos Navia Herrera – Director Regional Viejo Caldas  
Revisado por: Oscar Orlando Gómez Pinto  
Elaborado por: Sandra C Díaz O - líder auditoría -- equipo auditor  
Fecha de elaboración: 3/24/2023  
C:\Users\cinternoDocuments\AUDITORIAS 2022

### INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA

<b>1. NOMBRE DEL LUGAR/DEPENDENCIA O PROCESO:</b>	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de la Dorada
<b>2. RESPONSABLE:</b>	ALDEMAR PENAGOS ESCOBAR Director establecimiento
<b>3. AUDITOR LIDER:</b>	Abg. Sandra Constanza Díaz Orjuela
<b>4. EQUIPO AUDITOR</b>	Jenny Paola Ramos Ramos Tratamiento Penitenciario y Sandra Constanza Díaz O. Directrices Jurídicas – Gestión Documental Ismael Humberto Novoa C. Seguridad Penitenciaria – Atención Social Jorge Enrique Barrera R. Gestión Financiera
<b>5. FECHA DE LA AUDITORIA:</b>	Octubre 3 al 7 de 2022

#### Objetivo

Evaluar el sistema de control interno y el cumplimiento de la función misional y legal de los procesos seleccionados, evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión y las estrategias de desempeño con miras a fortalecer el Sistema y promover la mejora continua en el establecimiento.

#### Alcance

PERIODO COMPRENDIDO: 1 de septiembre de 2021 a 31 agosto de 2022

#### Criterios Utilizados

**Constitución Política Nacional de 1991.**

**Leyes:** Ley 65 de 1993, Ley 1709 de 2014 Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011; Ley 1712 de 2014; Ley 1952 de 2019; Ley 1295 de 1994; Ley 594 de 2000. Ley 80 de 1993, Ley 43 de 1990, Ley 1955 de 2019

**Decretos:** Decreto 4151 del 3 de noviembre de 2011, Decreto 407 de 1994; Decreto 1647 de 1967; Decreto No. 961 del 22 de agosto de 2021; Decreto 1083 de 2015; Decreto Único

Reglamentario 1072 de 2015. Decreto Ley 1295 de 1994; Decreto 1567 de 1998; Decreto 1042 de 1978. Decreto 1082 de 2015, Decreto 111 de 1996.

**Resoluciones:** 6349 del 19 de diciembre de 2016 Reglamento General de los ERON- Resolución No. 003670 del 9 de septiembre de 2011 sistema de información SISPEC, Atención y tratamiento Resolución: Resolución No 3190 de 2013, Resolución 7302 de 2005, Resolución número 762 del 20 de marzo de 2019 Gestión humana y Gestión documental: Resolución No. 2727 del 22 de mayo de 2006; Resolución No. 002025 del 07 de junio de 2019; Resolución No. 0312 del 13 de febrero de 2019, expedida por el Ministerio de Trabajo; Resolución No. 003263 de 2022, Resolución 5817 de 1994 Régimen Disciplinario del personal de internos

**Circulares:** Circular 000027 de octubre de 2016 ISOLUCION, Circular No 00022 del 25 de septiembre de 2017; Circular Interna No. 33 del 9 de julio de 2015 funciones de los Supervisores o Convenios Interadministrativos.

**Acuerdos:** Acuerdo 042 de 2002, Acuerdo 07 de 1994, Acuerdo 050 de 2002, Acuerdo 010 de 2004 “Reglamento General para el manejo de los recursos propios del INPEC, Acuerdo 0011 de 2006

**Política Nacional de Archivo:** Norma Técnica Colombiana NTCISO 15489 Gestión Archivo electrónico Norma Colombiana NTC ISO/IEC 2700/sobre sistemas de gestión de la seguridad de la información

**Procedimientos y otros:** Procedimiento: Creación, fortalecimiento, actualización y gestión de actividades productivas-Administración directa -PM-TP-P01; Guía para la administración de actividades productivas –PM-TP-G01; Guía planes ocupacionales -PM-TP-G06; Procedimiento: Operatividad del consejo de evaluación y tratamiento –CET -PM-TP-P07; Procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades -PM-TP-P03; Procedimiento: Trámite de asignación y pago de incentivo económico para las personas privadas de la libertad que trabajan -PM-TP-P05; Procedimiento: Manejo de dinero, Proceso de Seguridad Penitenciaria y Carcelaria; PM-SP-M02 del 31/03/2016 - manual para elaborar el plan de defensa y de seguridad en los establecimientos de reclusión del orden nacional código: PM-SP-M11 Y CÓDIGO: PM-SP-M10; guía para la administración de llaves código PM-SP-G05 versión 3, manual de material de defensa y municiones código PA-LA-M01 de marzo de 2019, procedimiento para el correcto aislamiento de personas privadas de la libertad en unidad de tratamiento especial de los establecimientos de reclusión código PM-SP-P07 del 28 de enero de 2022, procedimiento parte general de llamado a lista de PPL por pabellón y ERON código: PM-SP-P06 versión: 1, guía para el control de herramientas código: PM-SP-G09 versión 1, clasificación de las personas privadas de la libertad en niveles de seguridad código: PM-SP-P02 versión: 2, guía para el servidor del CCV de policía judicial código: PM-SP-G10 VERSIÓN 1, manual para elaborar el plan de defensa y seguridad en los establecimientos de reclusión del orden nacional código: PM-SP-M11 Y PM-SP-M10 y Aplicación y seguimiento de las prácticas higiénico-sanitarias en las actividades productivas que manipulan alimentos y expendios -PM-AS-P19; Procedimiento: Atención en salud -PM-AS-

P03 versión 4; procedimiento COSAD código: PM-AS-P13 versión: 4. manual de material de defensa y municiones código: PA-LA-M01, guía para el control de herramientas código: PM-SP-G09; Procedimiento parte general de llamado a lista de la PPL por pabellón y Eron código: PM-SP-P06. Procedimiento: Seguimiento a la realización del examen médico de ingreso EMI a la PPL -PM-AS-P10; - PA-GF-P025; Manual contable - PA-GF-M01; Política contable de ingresos -PA-GF-PI7; Procedimiento: Manejo de ingresos y otros recursos -PA-GF-P017; Instructivo cajas especiales y participación giros reglamentarios, Manual de Gestión Documental" PA-DO- M01 V4; Acuerdo 042 del 2002 del AGN. Directiva Permanente 000021 de 03 de diciembre de 2013, PA-GF-P08 Reconocimiento Y Pago De Viáticos Y Gasto De Viaje Versión 3; Manual de contratación INPEC código: PA-LA-M03, Acuerdo 002 de 2014 Archivo General de la Nación, Procedimientos presupuestales, financieros y de pago; Procedimiento PA-GF-P09 V1 Conciliaciones Bancarias; Procedimiento PA-GF-P014 Depuración Cuentas Contables; Procedimiento PA-GF-P017 V1 Manejo de Ingresos y otros recursos; Mapa de Riesgos Institucional 2021.

## 10. Hallazgos y/o Observaciones

### PROCESO DIRECTRICES JURIDICAS DE REGIMEN PENITENCIARIO Y CARCELARIO

#### HALLAZGO No. 1

#### AUSENCIA DE REGISTRO DE INFORMACION EN EL APLICATIVO SISIEPEC RESPECTO A BAJAS POR FUGA, FALLECIMIENTO Y LIBERTADES –PRESUNTO HALLAZGO ADMINISTRATIVO

#### DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Se evidenció por el auditor, que la base de datos Sisipec Web no se encuentra actualizada, toda vez que se encontraron cartillas biográficas con boletas de libertad archivadas, sin ser registradas en el aplicativo Sisipec. PPL con medida de detención domiciliaria fallecidos, según estadístico del responsable de domiciliarias, sin darse de baja del sistema; igualmente internos con medida de detención y prisión domiciliaria que ya no se encuentran en el domicilio y no se sabe el destino, sin dar de baja por fuga del sistema, notándose que continúan de Alta en el parte de internos del Establecimiento, como se evidencia en las siguientes imágenes

Imagen No 1

NTIDAD	N°U	TD	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	941359	S	8007 1054542885	CLAUDIA PATRICIA ZAPATA
3	941708	S	8009 1073322640	DANIEL FRANCISCO BARRIOS CASTILLO
4	1125290	S	9602 10189859	FREDY ALEXANDER FUQUENE SANCHEZ
5	1131348	S	9662	FALLECIO JOHAN SEBASTIAN CARDENAS VALDES
6	1139253	S	9727	LIBERTAD JULIAN ARNALDO GUTIERREZ HERNANDEZ
7	1154689	S	9856 1054551657	JUAN CARLOS SERRANO LOAIZA
8	942458	S	8008 79870457	MARCO ANTONIO RUEDA
9	1155086	S	9859 10175671	NOLBERTO VERA CIFUENTES
10	145379	S	3482 80133614	POMPILIO SOTO ZULLAGA
<b>TOTAL 10 PPL</b>				

Participante	Nombre	Asignación	Materia	
16	1057646	S	1054571426 ARLEY STIVEN HERNANDEZ MARIN	TRAFICO FABRIC
17	1043921	S	FUGA PRESOS DAYAN ESTIV MOSQUERA RENTERIA	TRAFICO FABRIC
18	1090882	S	1054567394 BRIYID ESTEFAN GAVIRIA POLANIA	HURTO
19	1118521	S	1005713692 JUAN ALEJANDRO TELLES GONZALEZ	HURTO
20	1007762	S	1053863446 CAMILO ANDRES MOSQUERA RENTERIA	TRAFICO FABRIC
21	1102622	S	1053861766 CARLOS ALBERTO PARRA ROA	TRAFICO FABRIC
22	342756	S	LIBERTAD CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ	HOMICIDIO
23	885139	S	FUGA PRESOS CARLOS ALEXANDER ORTIZ PATIÑO	HOMICIDIO
24	1145793	S	1010145206 CESAR LUIS MADERA LEON	VIOLENCIA INTR
25	1122847	S	1054549378 CLAUDIA PATRICIA MARQUEZ LOAIZA	TRAFICO FABRIC
26	1101619	S	LIBERTAD CRISTIAN DANIEL MIRANDA CARDONA	HURTO
27	8391	C	1016103949 DAGOBERTO OSPINA NARVAEZ	HOMICIDIO
28	1110513	S	LIBERTAD DANIEL ANTONIO BETANCOURT ARANGO	VIOLENCIA INTR
29	1148655	S	80248664 DANIEL PEREZ ZAPATA	TRAFICO FABRIC
30	1085339	S	LIBERTAD DAYAN ESTIVEN MOSQUERA RENTERIA	ACTO SEXUAL VI
31	1090878	S	LIBERTAD DELBER DE JESUS CASTRILLON GALEANO	HURTO
32	1109494	S	24717509 DIANA PATRICIA LOZANO ORTIZ	TRAFICO FABRIC
33	1009137	S	FUGA PRESOS DIEGO ANDRES CARDONA RESTREPO	HURTO
34	954681	S	1054568467 DIEGO RODOLFO SAAVEDRA BEDOYA	TRAFICO FABRIC
35	1038991	S	LIBERTAD EDISON JADIB USME CUBO	TRAFICO FABRIC
36	794255	S	1143955264 EDGAR STEVEN SEVILLANO IRIARTE	TRAFICO FABRIC
37	1135350	S	105456007 EDGAR RIAÑO CHICO	HURTO Y VIOLEN
38	1097448	S	1054571922 EDWAR ALBEIRO MARTINEZ FERNANDEZ	CONCIERTO PAR

## ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

En respuesta al informe preliminar según oficio 2023IE0042540 del 27/02/2023 de, la dirección CPAMS La Dorada Caldas menciona el siguiente aparte, respecto al presente hallazgo:

Frente a los presuntos hallazgos realizados durante la autoría frente al cumplimiento del procedimiento **PM-DJ-P03 - PRISIÓN Y DETENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD**, el establecimiento ha realizado las siguientes actividades por cada una de las novedades:

### BAJAS POR FUGA:

En la estadística analizada por el Equipo Auditor se encontraban las novedades de los Privados de la Libertad que al momento de su visita no se encontraron en su domicilio, refiriéndose a un posible incumplimiento a lo establecido en manual **PM-DJ -P03 VERSIÓN 1 Numeral 13**.





Sin embargo, al revisar la situación presentada se puede observar que las novedades identificadas se deben al cumplimiento del numeral 17 del manual **PM-DJ -P03 VERSIÓN 1**, los cuales en el momento de la auditoría se encontraban cumpliendo los pasos establecidos en el numeral 18 del manual **PM-DJ -P03 VERSIÓN 1**.

El área de Jurídica a través del funcionario encargado de domiciliarias cumplió lo establecido en el procedimiento **PM-DJ-P02 numerales 84 al 85**. Frente a las novedades en **SISIPEC** al momento de la auditoría no habían sido registradas debido a



que no se había recibido por parte del área de policía judicial las respectivas noticias criminales, documento que es requerido para proyectar los actos administrativos que soportan el egreso del aplicativo. Esta actividad se realiza de manera mensual con el acumulado de las novedades que se presentan en el mes, como una forma de organización interna para optimizar las responsabilidades.

Como se evidencia en el sistema las novedades identificadas durante la auditoría fueron dadas de baja en cumplimiento del numeral 86 del procedimiento **PM-DJ-P02, específicamente para los casos identificados aleatoriamente por el equipo auditor se reporta:**

<p>ERIKA JHOANA GARZON SALAZAR</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 16 de Diciembre de 2022</p>	
<p>FABIAN ANDRES MONTERO VANEGAS</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 14 de Febrero de 2022</p>	
<p>CARLOS ALEXANDER ORTIZ PATIÑO</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 14 de Febrero de 2022</p>	
<p>BRAYAN JESUS ROJAS ROMERO</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 16 de Diciembre de 2022</p>	

<p>DIEGO ANDRES CARDONA RESTREPO</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 22 de Febrero de 2023</p>	
<p>JESUS ANTONIO TRIANA VANEGAS</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 07 de Diciembre de 2022.</p>	
<p>JONNY LOPEZ ORTIZ</p>	<p>Baja registrada en el sistema del 14 de febrero de 2023</p>	

Como se puede evidenciar el CPAMSLDO se encuentra dando cumplimiento a lo establecido por el INPEC en las directrices **PM-DJ-P03**, **PM-DJ-P02** y **PM-SP-M09**, las demoras en el registro de las novedades en SISIPEC se debe al cumplimiento total de los requisitos establecidos para justificar los actos administrativos que soporten los respectivos Egresos, sin que eso implique que no se esté realizando los respectivos seguimientos y reporte de novedades a los entes competentes.

**FALLECIMIENTOS**

El área de Jurídica a través del funcionario encargado de domiciliarias cumplió lo establecido en el procedimiento **PM-DJ-P02 numeral 90 y 93**. Frente a informar la novedad de fallecimiento específicamente al área de policía judicial para que verificara la información y descagara el correspondiente certificado de defunción.

***Al momento de la auditoría no habían sido registradas la Baja por Fallecimiento en SISIPEC debido a que no se había recibido por parte del área de policía judicial el respectivo certificado de defunción, documento que es requerido para proyectar los actos administrativos que soportan el egreso del aplicativo. Esta actividad se***

**realiza de manera mensual con el acumulado de las novedades que se presentan en el mes, como una forma de organización interna para optimizar las responsabilidades.**

Como se evidencia en el sistema las novedades identificadas durante la auditoría fueron dadas de baja en cumplimiento del numeral 95 del procedimiento **PM-DJ-P02, específicamente para los casos identificados aleatoriamente por el equipo auditor se reporta:**

<p><b>JOHAN SEBASTIAN CARDENAS VALDES</b></p>	<p>Dado de baja el 23 de Noviembre de 2022</p>	
<p><b>JOAN FELIPE CORTES RUIZ</b></p>	<p>Dado de baja el 23 de noviembre de 2022</p>	

**LIBERTADES**

Las libertades de Personas Privadas de la Libertad que se encuentran en estado Alta en SISISPEC, se deben a que el procedimiento **PM-DJ-P02 específicamente en el numeral 7** refiere que para registrar en SISISPEC Web se debe contar con la impresión dactilar de PPL, dado que estos se encontraban en domiciliaria y/o vigilancia electrónica y no han hecho presencia en el establecimiento, se debe surtir el procedimiento referenciado por La oficina Asesora Jurídica en el oficio 2021IE0196907 (Anexo1) para dejar los respectivos soportes que justifiquen la no realización de la verificación de antecedentes, reseña, examen médico de egreso y demás, por la falta de presentarse en el establecimiento.

<p><b>JULIAN ARNULFO GUTIERREZ HERNANDEZ</b></p>	<p>EL JUZGADO 03 PROMISCOU MUNICIPAL DE LA DORADA EMITIÓ BOLETA DE LIBERTAD NO. 11 DEL 19/07/2022 POR PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD BAJO EL RADICADO 2022-00408-00. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 13/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b></p>
<p><b>CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ</b></p>	<p>EL J02EPMS DE LA DORADA LE CONCEDE</p>



	LIBERTAD CONDICIONAL SEGUN BOLETA N° 139 DEL 26/11/2021 Y AUTO INTER. N°4182 DEL 25/11/2021 POR UN PERIODO DE PRUEBA DE 10 AÑOS 08 MESES 16.25 DÍAS. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 13/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
CRISTIAN DANIEL MIRANDA CARDONA	YA ESTA DADO DE BAJA DEL SISTEMA ESTA DE ALTA EN HONDA.
DANIEL ANTONIO BETANCOURT ARANGO	EL JUZGADO 02 EPMS DE LA DORADA EMITIÓ BOLETA DE LIBERTAD NO. 025 DEL 05/04/2022 BAJO EL RADICADO 2021-00147-00. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 22/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
DAYAN ESTIVEN MOSQUERA RENTERÍA	EL JUZGADO SEGUNDO PROMISCOU MUNICIPAL DE LA DORADA EMITIÓ BOLETA DE LIBERTAD NO. 012 POR VENCIMIENTO DE TÉRMINOS DE FECHA 01/07/2022 BAJO EL RADICADO 2020-00291-00. VERIFICADOS ANTECEDENTES NO SE ENCONTRÓ NOVEDAD. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 22/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
DELBER DE JESUS CASTRILLON GALEANO	EL J01EPMS DE LA DORADA LE CONCEDE LIBERTAD POR PENA CUMPLIDA SEGUN BOLETA N° 070 Y AUTO INTER. N° 1581. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 22/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
EDISON JADIR USME CIRO	EL J01EPMS DE LA DORADA LE CONCEDE LIBERTAD CONDICIONAL SEGUN BOLETA N° 147 Y AUTO INTER N° 2920 DEL 23/11/2021 POR UN PERIODO DE PRUEBA DE 08 MESES 19 DIAS. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 22/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
JHON ALEXANDER BONILLA PRADA	EL JUZGADO 04 PROMISCOU MUNICIPAL DE LA DORADA EMITIÓ BOLETA DE LIBERTAD POR PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD NO. 005 EL 04/05/222 BAJO EL RADICADO 2022-00188-00. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 22/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
JHON WLLIAM MANRIQUE RODRIGUEZ	EL JDO PROMISCOU MUNICIPAL DE NORCASIA LE CONCEDE LIBERTAD SEGUN BOLETA N° 011 DEL 18/03/2021 Y ENBASE A SENTENCIA DE FECHA 26/08/2021, SE DEJA CONSTANCIA QUE POR ERRO EN LA BOLETA DIGITARON LA FECHA 18/03/2021 CUANDO LO CORRECTO ES 27/09/2021 FECHA EN QUE FUE REMITIDA POR

	EL DESPACHO JUDICIAL. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 13/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
JOHANY SEPULVEDA OSORIO	EL JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SAMANÁ CALDAS, EMITIÓ BOLETA DE LIBERTAD INMEDIATA NO. 001 DEL 04/03/2022, POR EL RADICADO 2021-00233-00, EN AUDIENCIA REALIZADA EL DÍA 04/03/2022, EL SENTIDO DEL FALLO FUE ABSOLUTORIO Y SE DISPUSO LA LIBERTAD INMEDIATA DEL SEÑOR SEPULVEDA OSORIO. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 13/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>
JENNIFER MARIA RANGEL ARBOLEDA	EL J02EPMS DE LA DORADA LE CONCEDE LIBERTAD POR PENA CUMPLIDA SEGUN BOLETA N° 012 Y AUTO INTER N° 496 DEL 03/02/2023, SE DEJA CONSTACIA QUE SEGUN INFORMACION DEL ENCARGADO DE DOMICILIARIAS A LA PPL NO SE UBICABA EN EL DOMICILIO Y SE DESCONOCE EL PARADERO, AUN ASI NO SE PUDO UBICAR PARA NOTITIFCAR LA LIBERTAD POR PARTE DEL CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES DE LOS JUZGADOS DE EPMS DE LA DORADA. <b>Se envió notificación por correo certificado al domicilio el 13/02/2023. A espera de cumplir términos para dar de baja.</b>

De la anterior actividad se adjuntan los oficios enviados por Correo (anexo 2)

Dando cumplimiento a los artículos 25 parágrafo 2 de la Resolución No. 6349 del 19/12/2016; “La cartilla biográfica deberá actualizarse bajo la responsabilidad del Director del Establecimiento cuando haya lugar actuaciones administrativas y judiciales, **esto debe entenderse permanentemente,** razón por la cual no es posible desvirtuar el hallazgo, el cual se **RATIFICA** debiéndose realizar plan de mejoramiento para subsanarlo de raíz. **(Negrillas y subraya fuera de texto)**

## RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional- Vigencia 2022, se identifica un riesgo R17 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros a cambio de sustraer, destruir, modificar u ocultar información en la cartilla biográfica de la PPL en los ERON.

## RECOMENDACIONES

Es indispensable que se dé cumplimiento a lo estipulado en la Resolución N.5817 del 19 de diciembre de 2016 "Por el cual se expide el Reglamento General de los ERON"

**HALLAZGO No. 2**

**PRESCRIPCION DE INVESTIGACIONES DISCIPLINARIAS EN CONTRA DE LA PPL - HALLAZGO ADMINISTRATIVO – CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO DESCRIPCION DEL HALLAZGO**

Se observo por parte del Auditor que además de no sesionar el Consejo de disciplina, se evidenciaron 548 informes prescritos, los cuales fueron suscritos por el personal de custodia en contra de la PPL. Como se evidencia en el siguiente reporte:

**Imagen No 2 Base de datos Investigaciones a internos**

Fecha de hecho	Descripción	Cedula	Fecha de resolución	Estado	Medida	Fecha de prescripción
18 de febrero de 2014	# 18 AMENAZAS A FUNCIONARIO		11 de junio de 2014	TERMINADA	30 DIAS DE REDEDENCION	7/4/2014
01 de febrero de 2014	# 01 MARIHUANA	0812	20 de junio de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
15 de febrero de 2014	# 15, 28 CELULAR	AUTO DE ARCHI	28 de junio de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
22 de febrero de 2014	# 01 PLATINA DAÑO REJAS		16 de enero de 2015	TERMINADA	120 DIAS DE DERENCION	3/2/2015
22 de febrero de 2014	# 15-28 CELULAR	0112	25 de junio de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
22 de febrero de 2014	# 01 MARIHUANA		16 de enero de 2015	TERMINADA	80 DIAS DE REDEDENCION	10/8/2015
22 de febrero de 2014	# 01 PLATINA	0113	25 de junio de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
22 de febrero de 2014	# 29 TLERAS	AUTO DE ARCHI		RATIFICAR		
30 de enero de 2014	# 01 VARILLA CON PUNTA		23 de enero de 2015	TERMINADA	80 DIAS DE REDEDENCION	1/7/2016
30 de enero de 2014	# 01 MARIHUANA	0187		TERMINADA	80 DIAS DE REDEDENCION	
3 de octubre de 2014	# 15-28 CELULAR	1819	30 de octubre de 2014	TERMINADA	80 DIAS DE REDEDENCION	
22 de febrero de 2014	# 22 DAÑO CELDA					
20 de febrero de 2014	# 01 MARIHUANA		25 de junio de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
20 de febrero de 2014	# 20 DINERO	115	16 de febrero de 2015	TERMINADA	04 VISITAS SUCESIVAS	
28 de diciembre de 2014	# 01 TROZO SEQUETA		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
01-22 LAMINA DE CELDA	AUTO DE ARCHI		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
01-22 LAMINA DE CELDA	AUTO DE ARCHI		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
01-22 LAMINA DE CELDA	AUTO DE ARCHI		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
10 de febrero de 2015	# 01 MARIHUANA	0384	25 de febrero de 2015	TERMINADA	04 VISITAS SUCESIVAS	1/7/2016
03 LEVES	AUTO DE ARCHI		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
15-29 CELULAR	AUTO DE ARCHI		25 de junio de 2016	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
01-22 PLATINA	AUTO DE ARCHI		15 de enero de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
01-22 PLATINA	AUTO DE ARCHI		15 de enero de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
16 de febrero de 2015	# RETARDO 72 HORAS	0368	25 de febrero de 2015	TERMINADA	06 VISITAS SUCESIVAS	8/3/2015
15-29 CELULAR	AUTO DE ARCHI		15 de enero de 2015	TERMINADA	PRESCRIPCION DE TERMINOS	
16-24 AMENAZAS A FUNCIONARIO		120	16 de enero de 2015	TERMINADA	06 VISITAS	3/2/2015

**Fuente: Base de datos área de investigaciones a internos**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
RADICADO	NOMBRE DE LA PPL.	CEDELA	NU	TD	FALTA Q	NUMERO Resolucion	FECHA Resolucion	ESTADO DELIGENCIA	CUANTIA	FECHA NOTIF			
111-2021	BUSTRO RAMIREZ WALTER YOVANI			866439-4006	intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
118-2021	CEDEÑO ERREZ BERNER DE LOS RIOS/73		1063539		intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
115-2021	PARRA BUSTRO OMAR ESNYER B		170429		29. FI incumplimiento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
111-2021	ZAPATA JARAMILLO CARLOS ALBERTO		792985		7443 intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
117-2021	MEDINA JARAMILLO YELSON LEANDRO TD 637009163	172352	81754		91683 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
118-2021	RAMIREZ ENRIQUETA VICTOR RUBEN		727249		9287 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
111-2021	DAZ CHEVERE JOHN FADER		943814		6198 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
200-2020	MUNOZAY GUZMONEZ RUFIO ANTONIO		825693-1041	6956-8766	intento y a las medidas de seguridad de los centros de reclusión.	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
200-2020	CHALLITAS RAMOS ALEXANDER			139425-8282	intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
182-2021	ESPINOZA VARGAS JUAN GABRIEL	168247	10424	168247	6002 29. FI incumplimiento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
115-2021	AYALA RIOS JOSE VIDAL TD 637006005			31846	7013 intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
124-2021	DEVAL RIVADENEIRA DAVID FERNANDO				756249-8631 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
235-2021	VEL ASCUEZ LOZADA JOSE ALONSO				182934-5064 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
186-2021	GONZALEZ AVINORTELUA RUBEN CESAR				77247-2027 29. FI incumplimiento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
127-2021	PLAZA GARCIA SAEZ JAR ALBENIZ				91276-7705 intento grave	1063	22/09/2021	TERMINADO	SUSPENSIÓN		24		
228-2021	CEDEÑO GAVIRIA EDGAR DELCANDO WALTER JOSE WILLINGTON				848621-7308 29. FI incumplimiento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
229-2021	QUINARDO QUINTANA ANIBAL CARNEY - GOMY MOLANECY OSCAR ORI ANDO				114846-8806 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
230-2021	ESPINOZA CARRASCO JUAN LUIS - RAMIREZ VIZCAINO DANIEL ENRIQUE				949700-4235 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
211-2021	TINJACA RAMIREZ ANDRES-RANGEL RINCÓN CRISTIAN				911657 8638-29. FI incumplimiento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
232-2021	MOSQUERA YURY - CARRERA AGUIRRE DANIEL LEANDRO		171093	10407	171093	8686 intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS						
233-2021	VEGA RAMIREZ JUAN PABLO TD 637006006			152231	8841 intento grave al régimen interno y a las medidas de seguridad	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
234-2021	EGARTE PARRON ALVARO			148473	171600 y a las medidas de seguridad de los centros de reclusión.	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
235-2021	BUSTAMANTE SANTAMARIA JELFERNSON ANDRES			164851	54039 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
238-2021	CEBALLOS TOBO JHON JUAN TD 637005959			811558	7480 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
236-2021	MALDONADO MONTOYA CARLOS ANDRES			775286	6441 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
240-2021	MUNOZ GUTIERREZ JAVIER DE JESUS			261112	8882 al régimen interno y a las medidas de seguridad de los centros	PRESCRIPCION POR TERMINOS							
236-2021	RODRIGUEZ ARCOS JULIO CESAR TD 637008082		861193	3458									

**Fuente: Base de datos área de investigaciones a internos**

Incumpliendo lo establecido en el Artículo 27 y 36 de la Resolución 5817/1994

*Artículo 27 Terminación de prescripción de la acción. La acción disciplinaria prescribe en el término de seis meses para las faltas leves y un año para las faltas graves. La prescripción de la acción empezará a contarse para las faltas instantáneas desde el día de la consumación y desde la perpetración del último acto en las de carácter permanente.*

(...)

*Artículo 36 Competencia para investigar y fallar. El director o el subdirector, previa comisión del director del centro de reclusión, tiene competencia para investigar, fallar y aplicar las sanciones correspondientes a las faltas leves. El consejo de disciplina sancionara las conductas graves*

(...)

## ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 , manifiesta el auditado Es evidente la necesidad de personal en el establecimiento, razón por la cual se cumple parcialmente lo establecido Artículo 27 y 36 de la Resolución 5817/1994, sin embargo, se tomarán los correctivos respectivos para el mejoramiento y cumplimiento oportuno de las directrices.

Como se destaca anteriormente es evidente el incumplimiento por parte de la Dirección del ERON, por no actuar dentro del termino establecido por la Resolución 5817/1994 artículo 27 al dejar prescribir acciones disciplinarias en contra de la PPL, por lo cual no hay forma de desvirtuar el hallazgo, el cual se **RATIFICA** debiéndose realizar plan de mejoramiento para subsanar este hallazgo de raíz.

## RIESGO

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional- Vigencia 2022, se identifica un riesgo de gestión asociado a la no actualización de información de la PPL en SISIPEC WEB, en cuanto a los registros efectuados, las novedades e inconsistencias en la cartilla biográfica.

## RECOMENDACIONES

Es indispensable que se dé cumplimiento a lo estipulado en la Resolución 5817/1994 artículos 27 y 36 anteriormente descritos

## GESTION DOCUMENTAL

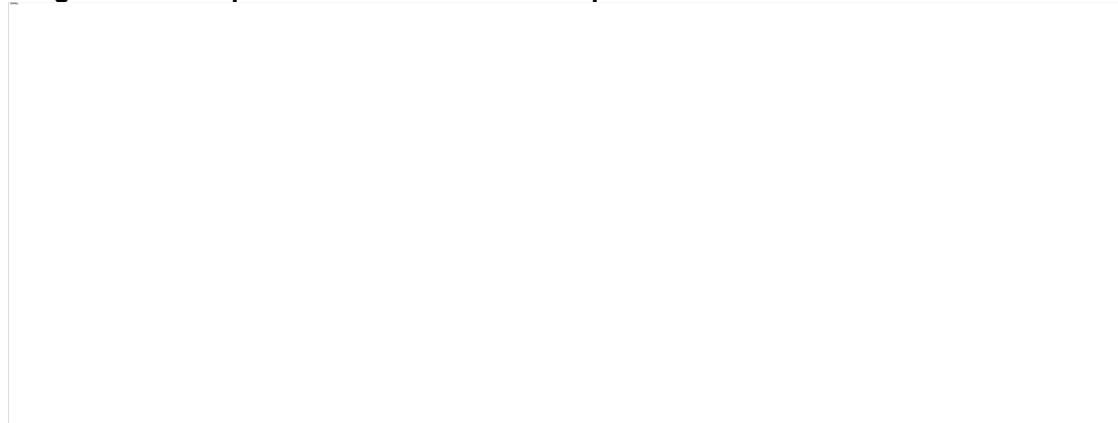
## HALLAZGO No. 3

### LA VENTANILLA UNICA DEL ERON, NO LLEVA REGISTRO DE LAS PETICIONES INTERNAS Y EXTERNAS EN GESDOC- HALLAZGO ADMINISTRATIVO

#### DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Se evidenció por parte del Auditor que en la oficina de ventanilla única no se aplica la guía del aplicativo Gesdoc para radicación de la peticiones externas e internas, como se puede visualizar en la siguiente imagen

#### Imagen No. 3 Copia de minuta área de correspondencia



Fuente: oficina correspondencia

Incumpliendo lo establecido en el Artículo 3 del Acuerdo No. 60 de 2001

***Artículo 3 Las entidades son responsables por la adecuada conservación de su documentación, para ello deben incluir en sus programas de gestión documental y en sus manuales de procedimientos, pautas que aseguren la integridad de los documentos desde el momento de su producción***

(...)

***Guía aplicativo Gesdoc código PA-DO-G09 del 13 de mayo de 2022. Fortalecer el proceso de gestión documental, en cada etapa del ciclo de vida de los documentos del Instituto a través de la herramienta tecnológica de gestión documental GESDOC, la cual permite la radicación, distribución de contenidos recibidos y producidos por el INPEC, el GESDOC posibilita el control documental, teniendo en cuenta que el aplicativo reúne en un mismo sistema canales físicos y electrónicos permitiendo realizar el seguimiento a cada uno de los documentos y el desarrollo de su trámite, conforme a la PA-DO-PL01 Política de eficiencia administrativa y cero papel versión oficial.***



La anterior causa de llevar registros en planillas se presenta por la falta de capacitación del personal en la aplicación de la herramienta gesdoc así mismo la ausencia de control por parte de los responsables que intervienen en el procedimiento.

Trayendo como consecuencia extravió, deterioro y violación de confidencialidad de la documentación recibida en el área de correspondencia.

Este incumplimiento y desconocimiento en la normatividad puede acarrear posibles demandas y sanciones por parte de los entes externos, como también pérdida de credibilidad institucional por el manejo y trato que se está dando a la recepción de la correspondencia.

## **ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 el auditado manifiesta: que el establecimiento se encuentra incumpliendo lo establecido en el Artículo 3 del Acuerdo No. 60 de 2001, así como la guía del aplicativo GESDOC Código PA-DO-G09 del 13 de mayo de 2022. Esta situación se presenta debido a la falta de herramientas tecnológicas que permitan cumplir adecuadamente el funcionamiento de la ventanilla única, sin embargo, la distribución de los derechos de petición que se hace a través de la planilla verificada por el equipo auditor permite que cada dependencia se haga responsable de emitir las respectivas respuestas a los derechos de petición, las cuales son gestionadas a través del usuario GESDOC de cada funcionario.

Se han presentado dificultades técnicas especialmente debido al volumen de derechos de petición que son radicados en el establecimiento, no se cuenta con un escáner que permita la digitalización masiva y rápida de los documentos, los cuales oscilan aproximadamente entre 200 y 250 semanales, sin embargo esta situación se encuentra contemplada para subsanar mediante el apoyo interadministrativo que se da a través de las Alcaldías Municipales, tal y como se evidencia en la ficha Técnica que se encuentra pendiente de concepto favorable por parte de la Dirección General del INPEC, para ser incluida dentro del convenio que se celebrará con el Municipio de la Dorada Caldas. (Anexo 4.)

Es evidente el incumplimiento por parte de la Dirección del ERON, por no estar dando cumplimiento al aplicativo Gesdoc, por tal motivo el hallazgo se **RATIFICA** debiéndose realizar plan de mejoramiento para subsanar este hallazgo de raíz.

## **RIESGO**

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional- Vigencia 2022, se identifica un riesgo de corrupción R93 Garantizar un adecuado flujo de información tanto interna como externa

## **RECOMENDACIONES**

Es indispensable que se dé cumplimiento a lo estipulado en el procedimiento del aplicativo Gesdoc, con el ánimo de evitar de manera preventiva la pérdida y/o extravió de documentación

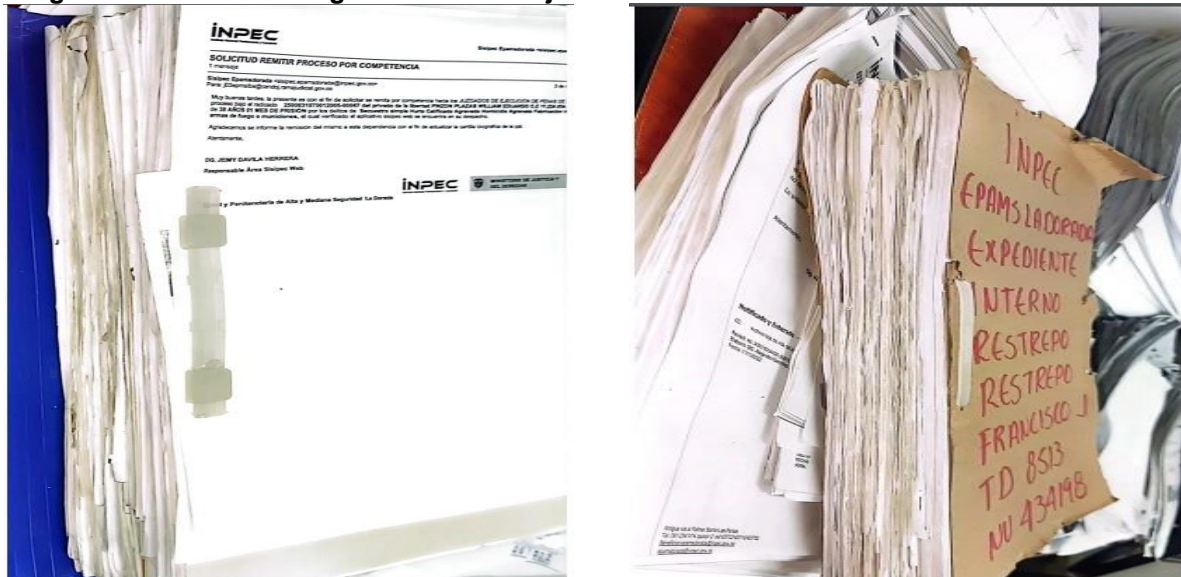
#### HALLAZGO No. 4

### LAS HOJAS DE VIDA DE LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD NO CUMPLE CON LA LEY DE ARCHIVO DE LOS DOCUMENTOS- HALLAZGO ADMINISTRATIVO

#### DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Revisado el Archivo donde se encuentran las hojas de vida de la PPL, se observó las cartillas biográficas, con más de 200 folios, sin foliar, no cuentan con tablas de retención, no se encuentran rotuladas, como se puede evidenciar en las siguientes fotografías

Imagen No 4 Cartillas biográficas Archivo jurídica



Fuente: Archivo Activo jurídica

Lo anterior se debe a que no se cuenta con los elementos para archivo como son las caratulas rotuladas, cajas para clasificar las hojas de vida, por lo tanto, esto genera deterioro de los documentos.

De la misma manera se observó que en el archivo inactivo (bajas) y

teniendo en cuenta lo manifestado por el jurídico, dicha actividad de organizar el archivo de bajas no se ha podido realizar por cuanto no cuenta con personal para realizar esta labor, encontrándose con archivo pendiente desde el año 2006 por organizar, como se evidencia en las imágenes anexas. Así mismo no existe un control ni supervisión por parte del responsable.

**Imagen No 5 bajas Jurídica**



**Fuente: área de Archivo inactivo jurídica**



**Fuente: área de Archivo Inactivo jurídica**

Lo que se evidencia que no se cumple **MANUAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL CÓDIGO: PA-DO-M01 V04 FECHA: 15/Mar/2019**

**1. 6. 1. 1.2. Series complejas:** Cada una está compuesta por varios tipos documentales diferentes entre sí pero relacionados en razón de un trámite determinado. Cada expediente es diferente de otro de su misma serie y por lo general se almacenan en unidades de conservación (carpetas) separadas; No obstante, es preciso anotar que existen expedientes de gran volumen que se deben dividir ubicándolos en diferentes unidades de conservación. Ejemplos de unidades documentales complejas: Contratos, Cartilla Biográfica, Historias Laborales y Académicas, Investigaciones Disciplinarias, Procesos Jurídicos, Acciones Constitucionales. Etc.

**1. 6. 2. Ordenación Documental:** Los documentos que conforman un expediente se deben organizar siguiendo la secuencia de la actuación o trámite, de acuerdo con el procedimiento; Si esto no fuera posible, se organizarán en el orden en que se incorporan al expediente. En el caso de unidades documentales simples que presenten una secuencia numérica o cronológica en su producción, se organizarán siguiendo dicha secuencia (Acuerdo 002 de 2014). En la ordenación interna de los documentos que conforman un expediente se debe respetar el principio de orden original, tanto en la etapa de tramitación como en las demás fases del archivo.

#### **1. 6. 3. Principios de la Archivística**

**1. 6. 3. 1. Principio de Orden Original:** Considerado uno de los principios universales de la teoría archivística por el cual se establece que la disposición física de los documentos debe respetar la secuencia de producción. Este principio es prioritario para la ordenación de fondos, series y unidades documentales. “Acuerdo 027 DE 2006, Por el cual se modifica el Acuerdo No. 07 del 29 de junio de 1994.”

El ordenamiento de los documentos según el orden original en que fueron producidos dará como resultado unidades documentales que describen perfectamente el trámite, en donde el primer documento (al inicio de la carpeta) corresponderá al más antiguo y el último documento (al final de la carpeta) corresponderá al más reciente. Los documentos que contienen anexos no deben desagregarse. En la ordenación se tomará como referencia la fecha del oficio remitido y no la de los anexos.

**1. 6. 4. Hoja de Control:** La hoja de control es de uso obligatorio para garantizar la integridad del contenido de los expedientes, ya que al registrar en esta los documentos que la conforman, se evita el ingreso o sustracción indebida de documentos.

Por lo anterior, se enuncia un presunto alcance disciplinario, en el entendido que, hay un incumplimiento de los deberes del servidor público enunciados contemplados en la Ley 1952 de 2019 Art. 38, 67 que a la letra dice:

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

**1º. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales**



***y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.***

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

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

***Principio de la calidad de la información. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad.***

***“Principio de la calidad de la información. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad.”***

Lo descrito anteriormente se evidenció en el archivo del área de jurídica tanto en las hojas de vida activas, como las hojas de vida del archivo inactivo, las situaciones encontradas son originadas por el desconocimiento y descuido, o presunta negligencia en la aplicación de la normatividad existente y demás lineamientos establecidos por el INPEC, documentos de estricto cumplimiento, así mismo la falta de recursos tanto humanos como físicos para la realización de esta actividad; y la falta de supervisión y seguimiento por parte de la Dirección del establecimiento para lograr el buen desarrollo del proceso; aunado a la no existencia del hábito del autocontrol y la poca autoevaluación permanente que lleve a identificar debilidades y a su vez dar soluciones oportunas de los casos presentados.

El desconocimiento de la normatividad puede acarrear posibles demandas y sanciones por parte de entes externos, debido al mal manejo que se le da a la memoria documental del INPEC.

## **ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 el auditado manifiesta: la escasez de personal en el establecimiento ha dificultado la realización de organización de las Cartillas biográficas de los PPL, en su totalidad. Sin embargo, esta labor se ha venido subsanando con la designación de un funcionario, (Anexo 3 Resolución de Funciones) el cual fue encargado exclusivamente de organizar el archivo dando cumplimiento a lo establecido en el manual PA-DO-M01 V04 y las respectivas Tablas de Retención Documental.

El establecimiento se encuentra comprometido, con la realización de esta ardua labor frente a la organización documental, sin embargo, se exhorta a la Dirección General y Regional del INPEC para que asigne una mayor cantidad de elementos (cajas y carpetas)



de modo que pueda cumplirse con el manual bajo los estándares establecidos. Como se evidencia en el Anexo No 5 la última entrada de carpetas y cajas fue el 13 de diciembre de 2021 y lo allegado fue insuficiente para la implementación del procedimiento en todo el establecimiento, motivo por el cual tuvo que ser priorizado el archivo, que, por lineamiento, debía realizarse transferencia a la Dirección General. Motivo por el cual el archivo no se encuentra organizado en las carpetas requeridas ni en las respectivas cajas.

Como es evidente que no se cumple por parte del dueño del proceso con el debido archivo de las hojas de vida se **RATIFICA**, el hallazgo debiendo realizar plan de mejoramiento para atacarlo de raíz

## **RIESGO**

Revisado el Mapa de Riesgos Institucional- Vigencia 2022, se identifica un riesgo de corrupción R93 Desorganización de los archivos de gestión en las dependencias del Instituto. Desconocimiento del servidor penitenciario sobre las consecuencias del manejo inadecuado de las comunicaciones oficiales.

## **RECOMENDACIONES**

Es indispensable que se dé cumplimiento a lo estipulado **MANUAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL CÓDIGO: PA-DO-M01 V04 FECHA: 15/Mar/2019**

## **PROCESO DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO**

### **HALLAZGO No. 5**

#### **AUSENCIA DE CONTROL PARA LA CLASIFICACION EN FASE DE TRATAMIENTO - HALLAZGO ADMINISTRATIVO**

#### **DESCRIPCION DEL HALLAZGO**

De acuerdo a lo observado en la oficina del CET se evidenciaron las siguientes situaciones:

1. Revisadas aleatoriamente las carpetas de la PPL en el archivo del CET, se evidencio que en estas no se encuentran archivados los conceptos de seguridad y jurídico, ya que según lo mencionado por la responsable del CET, se están archivando digitalmente en los equipos de cómputo de los funcionarios responsables.

En el siguiente cuadro se puede observar los detalles de las muestras seleccionadas:

**Cuadro No. 1 Relación de PPL con la información encontrada**

Número único de Identificación	Observación
1079535	Ausencia de concepto jurídico y de seguridad.
1037160	
770010	
1037160	
1079535	
94968	

Fuente: Elaboración propia

Incumpliendo en las dos situaciones, lo establecido en el procedimiento operatividad del consejo de evaluación y tratamiento CET **CÓDIGO: PM-TP-P03** en sus numerales: 7,11,12,13,15

(...)

***“7. Elaborar el concepto integral para lo cual el responsable de Tratamiento y Desarrollo, imprime el listado de en fase que arroja SISIEC Web y entrega a cada uno de los funcionarios asignados al CET (Psicosocial, jurídica, seguridad) para que realicen un perfil y las necesidades desde cada una de sus áreas para clasificación desde el inicio del proceso en Observación, Diagnóstico y Clasificación del interno, en fase de alta seguridad y para seguimiento de fase y/o cambio de fase diligenciaran los formatos PM-TP-P07-F03 Entrevista área jurídica versión oficial, PM-TP-P07-F04 Entrevista área de seguridad CET versión oficial y PM-TP-P07-F05 Entrevista área psicosocial CET versión oficial y PM-TP-P07-F06 Evaluación seguimiento en fase psicosocial versión oficial.***

***11. Implementar fase de tratamiento de alta seguridad. El proceso de evaluación del equipo interdisciplinario se realiza registrando la información en los formatos establecidos por área como Listado de internos en fase que arroja SISIEC Web.***

***12. Continuar en fase de alta seguridad Continuar en fase de alta seguridad a aquellas Personas Privadas de la Libertad que al realizarle el concepto integral presenten algunas de las siguientes situaciones con base al listado de internos en fase que arroja SISIEC Web,***

***13. Examinar el cumplimiento el CET debe realizar la verificación a través de la evaluación del privado de la libertad en su situación actual, apoyándose con los conceptos con base al listado de internos en fase que arroja SISIEC Web***

***15. Realizar seguimiento en la misma fase Realizar seguimiento en la misma fase de acuerdo al listado de internos en fase, que arroja SISIEC Web”***

(...)

La situación anteriormente descrita se presentó presuntamente por falta de control por parte de los integrantes del Consejo de evaluación y tratamiento, ya que dicho Consejo

esta realizando las respectivas clasificaciones en fase sin tener en cuenta los criterios establecidos en los instrumentos jurídicos y de seguridad los cuales determinan los factores objetivos y subjetivos, que son los que permiten establecer el plan de tratamiento penitenciario que se requiere para cada PPL.

## ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 se evidencia que por parte de los responsables del CET se realizarón acciones respecto a este hallazgo, para lo cual informan lo siguiente:

*“En relación a los hallazgos encontrados en el presunto Hallazgo No 05 se indica que el Consejo de evaluación y Tratamiento de esta penitenciaria ha realizado la clasificación de los privados de la libertad teniendo en cuenta los tres (03) conceptos: Concepto jurídico, Concepto de Seguridad y Concepto Biopsicosocial para emitir las respectivas clasificaciones en fase tal y como se evidencia en las respectivas actas donde se describen los insumos tenidos en cuenta para emitir el concepto integral (Anexos 5 y 6). “*

Adicionalmente se envió por parte del Establecimiento los conceptos de seguridad y jurídica realizados para cada una de las personas privadas de la libertad que se identificaron en el informe preliminar, los cuales no fueron dados a conocer en el desarrollo de la auditoría, sin embargo con estas evidencias es suficiente razón para **RETIRAR** el presente hallazgo.

### HALLAZGO No. 6

#### AUSENCIA DE CONTROL EN LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES DE REDENCION PARA LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD UBICADA EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ESPECIAL-HALLAZGO ADMINISTRATIVO

#### DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Realizada la verificación en la Unidad de Tratamiento Especial, se tomó muestra de la PPL ubicada en este lugar con el objetivo de revisar en el aplicativo SISIEPEC la actividad ocupacional asignada a cada uno de ellos.

**Cuadro No. 2** Relación de PPL con actividad asignada

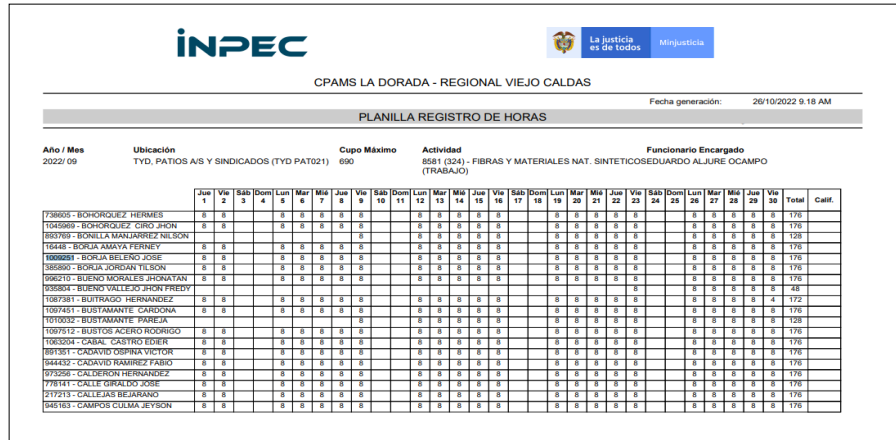
Número único de identificación	ACTIVIDAD ASIGNADA
101949	Fibras y materiales sintéticos
792214	
1009251	

**Fuente:** Elaboración propia con información de SISIEPEC

Evidenciando que en dicho lugar la PPL no se realiza actividad alguna respecto a la

asignación de descuento, sin embargo, el responsable de la respectiva planilla registra las horas diariamente en la planilla de fibras y materiales, como se puede apreciar en las siguientes imágenes:

**Imagen No.6 planilla de registro de horas**



CPAMS LA DORADA - REGIONAL VIEJO CALDAS  
Fecha generación: 26/10/2022 9:18 AM

**PLANILLA REGISTRO DE HORAS**

Año / Mes: 2022/09  
Ubicación: TYD. PATIOS AIS Y SINDICADOS (TYD PAT021)  
Cupo Máximo: 690  
Actividad: 8581 (324) - FIBRAS Y MATERIALES NAT. SINTETICOS/EDUARDO ALJURE OCAMPO (TRABAJO)  
Funcionario Encargado:

Funcionario	Jun 1	Jun 2	Sáb 3	Dom 4	Lun 5	Mar 6	Miér 7	Jue 8	Vie 9	Sáb 10	Dom 11	Lun 12	Mar 13	Miér 14	Jue 15	Vie 16	Sáb 17	Dom 18	Lun 19	Mar 20	Miér 21	Jue 22	Vie 23	Sáb 24	Dom 25	Lun 26	Mar 27	Miér 28	Jue 29	Vie 30	Total	Calif.	
736005 - BOHORQUEZ HERMES	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
104069 - BOHORQUEZ CIRIO JIRON	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
860769 - BONILLA MANJARRIZ NELSON	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18448 - BORDA AMAYA FERRER	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1069281 - BORDA BELENO JOSE	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
382890 - BORDA JORDAN TYLSON	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
092670 - BUENO MORALES SHORATAYN	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
103580 - BUENO VALLEJO JIRON PREDY	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1087381 - BUITRAGO HERNANDEZ	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1087411 - BUSTAMANTE CARDONA	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1010032 - BUSTAMANTE PAREJA	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1087512 - BUSTOS AZCERO RODRIGO	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1083084 - CABRE OSYRO KODER	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
881351 - CADAVIO OSPINA VICTOR	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
044432 - CADAVIO RAMIREZ FABIO	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
073556 - CADORON HERNANDEZ	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
778141 - CALLE GIRALDO JOSE	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
217213 - CALLE JAS BEJARANO	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
045163 - CAMPOS COLOA JAYSON	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: SISIPEC

La anterior situación incumple lo establecido en el procedimiento para la evaluación, selección, asignación, seguimiento y certificación de actividades CÓDIGO: PM-TP-P03 en sus numeral 20:

(...)

**“20. Controlar y verificar la asistencia, para lo cual el responsable de cada actividad debe imprimir a través del aplicativo Sisipec Web, el reporte de las personas privadas de la libertad asignados a cada uno de sus programas, teniendo en cuenta la fecha de asignación de la actividad el cual se expide por el Módulo TEE, (reporte-TEE, Planilla de Registro de horas de TEE). Por medio de esa planilla se realiza el control y verificación de la persona privada de la libertad que asiste a las actividades ocupacionales de trabajo, estudio y enseñanza.**

**El control de asistencia se inicia de acuerdo con las órdenes expedidas por la JETEE y del día de presentación de la persona privada de la libertad a la actividad, a partir de este momento se comienza a consignar las horas efectivas según su asistencia”**

Situación que se pudo haber presentado por la ausencia de controles tanto en el responsable del área de tratamiento como en el responsable de la planilla, ya que no se aseguraron de asignar una actividad de descuento pertinente para la unidad de tratamiento especial o por el contrario de buscar la estrategia para que desde esta unidad realizará la actividad de descuento con la que ya venía asignada la PPL.

La conducta de registrar y validar tiempos de redención sobre tiempos no verídicos deja a los funcionarios y al establecimiento en posibles riesgos de investigaciones disciplinarias, ya que se está certificando tiempo por una actividad que no se está realizando.

**ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL**

## INFORME PRELIMINAR

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 el area de tratamiento informo lo siguiente:

*“De acuerdo a la caracterización de la Actividad fibras y materiales (Anexo 29), esta incluye la realización de cualquier actividad que implique la utilización de habilidades motoras, motricidad gruesa y fina utilizando técnicas con diferentes materiales, y dado que se dificulta el control específico del tiempo por la cantidad de PPL que pertenece a esta actividad, las horas son llevadas siempre y cuando el PPL evidencie o muestre avances del objeto construido.”*

Resaltando que a los privados de la libertad no se les cambio de actividad al estar en la Unidad de Tratamiento, sin embargo lo que se cuestiono en el presente hallazgo no fue el cambio de actividad, por el contrario fue el registro de horas aún cuando se evidenció que en dicha unidad no se realizaba actividad alguna de redención, por lo que el presente hallazgo se **CONFIRMA** y se crea la necesidad de desarrollar un plan de mejoramiento ya que se evidencia la falta de controles por parte de los diferentes responsables.

## RIESGO

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 que el certificar tiempo por una actividad que no se está llevando a cabo deja a los funcionarios y al establecimiento en posibles riesgos de investigaciones disciplinarias, toda vez que se está certificando tiempo, dejando como evidencia los respectivos cómputos, los cuales están siendo firmados por el Director del Establecimiento, responsable de tratamiento y registro y control.

## RECOMENDACION

Es importante garantizar que se realice algún tipo de actividad de redención cuando se asignen personas privadas de la libertad a las unidades de tratamiento especial, permitiendo que se generen espacios de uso del tiempo libre y de esta manera se minimicen las conductas suicidas, se recalca que no se deben registrar horas cuando no se evidencia el cumplimiento a la actividad asignada

En estos lugares se debe garantizar las actividades de redención evaluando las situaciones objetivas, subjetivas y asignando la actividad más apropiada, si por el contrario existe un documento firmado por el privado de la libertad donde indique que no desea participar en ninguna actividad de redención se evaluara la situación.



**HALLAZGO No. 7**

**AUSENCIA DE CONTROLES PARA LA DEBIDA GENERACION DE CERTIFICACIONES DE COMPUTOS-HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTO ALCANCE DISCIPLINARIO**

**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**

Revisadas aleatoriamente las planillas impresas correspondientes al control de las actividades de redención, se tomó la muestra de la planilla CLEI I para los meses de marzo y junio de 2022 , donde se pudo evidenciar que estas no cuentan con las respectivas firmas de: Director, responsable de registro y control y responsable de sección o taller, lo que presume que estos documentos no serían válidos para la generación de los certificados TEE, ya que son el insumo principal para dichos documentos y realmente los responsables no estarían certificando estas actividades.

**Imagen No. 7 Planilla de registro de horas**

PLANILLA REGISTRO DE HORAS

Fecha generación: 05/04/2022 2:07 PM

---

Año / Mes: 2022 / 03      Ubicación: TYD, AULA CLEI I NME (TYD AUL12G)      Cupo Máximo: 65      Actividad: 16337 (S44) - ED. BASICA MEI CLEI I (ESTUDIO)      Funcionario Encargado: MARIA CONSUELO LOZANO AVILA

	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mie	Jun	Total	Calif.		
72935 - RENTERIA GOMEZ RUBEN	0	0	0	0			0	0	0	0				0	0	0	0							0	0	0	0	0
1100371 - ROCHE MERCADO ALVEIRO	6	6	6	6			6	6	6	6				6	6	6	6							6	6	6	6	132
1088601 - VELASQUEZ RUZ FIDEL	6	6	6	6			6	6	6	6				6	6	6	6							6	6	6	6	138

Observaciones:

---

DR. ALDEMAR PENAGOS ESCOBAR      DGTE. ANNY BRYSELY TELLEZ HERNANDEZ      RESPONSABLE SECCION O TALLER  
 DIRECTOR ESTABLECIMIENTO      REGISTRO Y CONTROL

**Fuente:** Tomada del archivo de educativas

**Imagen No. 8 Planilla de registro de horas**



*los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente”.*

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

## **ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

Mediante oficio N. 2023IE0042540 de fecha 27/02/2023 el area de tratamiento informó lo siguiente:

*“Como se evidencia en las planillas adjuntas (Anexos del 19 al 28) las generadas por SISIPPEC son impresas y verificadas manualmente para evitar cualquier tipo de error, dando cumplimiento al procedimiento. Las planillas verificadas por el equipo auditor corresponden a los borradores de verificación, tal y como se evidencia tienen correcciones e información resaltada”*

La situación se corrigió firmando las respectivas planillas revisadas por el equipo auditor y aportando la evidencia correspondiente, si bien esta situación es de corrección inmediata, es importante establecer los controles necesarios para que esta situación no se vuelva a generar, la revisión y firma de las respectivas planillas antes de generar los certificados de cómputos es de suma importancia, sin embargo dado a que se corrigió de manera la situación presentada, el presente hallazgo se **RETIRA**.

## **PROCESO DE SEGURIDAD PENITENCIARIA**

### **HALLAZGO No. 8**

**ALTA VULNERACION DE LA SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO A CAUSA DE FALLAS EN LA ADMINISTRACION DE LAS LLAVES PARA INGRESO Y SEGURIDAD DE LAS ÁREAS DEL ESTABLECIMIENTO - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.**

### **DESCRIPCION DEL HALLAZGO**

En el desarrollo de la auditoria se pudo evidenciar que existen falencias en la administración y control de las llaves de acceso y seguridad de las diferentes áreas del establecimiento vulnerando en su totalidad la seguridad del establecimiento.

Se observó la inexistencia de una codificación estándar que identifique la ubicación del elemento y la clasificación de acuerdo a su importancia como lo establece la documentación institucional, por otra parte, se observa lo siguiente:

1. No existe un inventario que asegure el control de cantidades y ubicaciones para uso de las llaves.
2. No se identificaron duplicados para su remplazo en caso de pérdida o daño de las

- llaves o cambio de cerraduras a pesar de la gestión adelantada por los responsables de los elementos.
3. El control de entrega para el uso de los funcionarios se lleva de manera parcial.

Con base en lo descrito anteriormente se evidencia que el establecimiento no posee un control eficiente para el manejo de las llaves permitiendo una alta vulneración de la seguridad como es el requerimiento con prontitud de llaves en casos de emergencia, operaciones de rutina, posibles fugas de PPL o disturbios entre otros.

La situación descrita se origina en la no actualización documental para la administración de las llaves y la no implementación de controles por parte de la administración del CPAMSLDO como lo establece la *Guía para la administración de llaves. PM-SP-G05 Vo. 3. de diciembre 20 de 2021*

## **ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

En los argumentos el establecimiento expone

*Tal y como se evidencia en la siguiente imagen, el tablero fue ajustado al procedimiento con la respectiva codificación.*

*La falta de duplicados de las llaves del establecimiento se debe a que con el tiempo estas han sido utilizadas para reemplazar las principales y a pesar de haber rendido los respectivos informes, no han sido asignados recursos para cubrir los costos de emisión de los duplicados....*

*La Guía para la administración de llaves. PM-SP-G05 establece en el numeral 1 que la administración de llaves está a cargo del área de Armerillo (Sala de armamento del ERON) y su administración es a través del libro de minuta, hechos que son realizados en el CPAMSLDO con las llaves existentes. Así mismo, como pudo evidenciar el equipo auditor han sido rendidos los respectivos informes de pérdidas y daños que no se han podido suplir por falta de recursos. De esta actuación el funcionario responsable de armerillo realiza informes periódicos como el presentado al Comando de Vigilancia y Dirección del ERON el 08 de agosto de 2022 (Anexo 6)*

Analizada la respuesta al hallazgo, es evidente que el establecimiento ha adelantado gestión para lograr el control sobre las llaves, como la organización del inventario y el manejo de la minuta para controlar la entrega diaria de los elementos, sin embargo, la falta de duplicados continúa dejando al establecimiento en riesgo de seguridad. Con base en lo anterior, el hallazgo se mantiene, generando así el inicio de un plan de mejora que permita un control para el manejo de las llaves en el establecimiento.

## **RIESGO**

Posible vulneración de la seguridad del establecimiento a causa de fallas en la administración de las llaves y existencia de duplicados generado por la falta de gestión administrativa para su consecución, sumado a la no aplicación efectiva de controles de inventarios que aseguren la existencia de elementos en caso presentarse situaciones

reales o potenciales de emergencia en las dependencias.

## RECOMENDACIÓN

Realizar gestión por parte de la dirección y área administrativa y financiera, conforme lo establece la resolución 501 de 2005 para la consecución de recursos a fin de generar un inventario de duplicados con el objeto de minimizar los riesgos de seguridad, por otra parte mantener el control de las cantidades existentes y el manejo de minuta para el control diario de entregas.

## HALLAZGO No. 9

### DIFERENCIAS NOTABLES EN LOS INVENTARIOS DE MATERIAL DE DEFENSA E IMPROCEDENTE ASIGNACIÓN DE PERSONAL RESPONSABLE DE LA SALA DE ARMAMENTO DEBIDO A FALLAS ADMINISTRATIVAS DE COORDINACION Y DESCONOCIMIENTO DOCUMENTAL – HALLAZGO ADMINISTRATIVO

#### DESCRIPCION DEL HALLAZGO

Durante el ejercicio de auditoría se revisó el almacén del material de defensa y munición, evidenciando falencias en los inventarios como se observa a continuación:

Cuadro 2 Comparativo inventario almacén vs armerillo CPAMS La Dorada

ÍTE M	Elemento	Inventario informe trimestral armerillo a septiembre de 2022	Inventario suministrado por almacén del CPAMSLDO oct 3 de 2022	Diferencia
1	Chaleco antibala	152	100	52
2	Detector de	12	13	1
	metales manual			
3	Restricciones para manos	148	0	148
4	Restricciones para manos y pies	7	0	7

Fuente: Cpams La Dorada

Del cuadro anterior se concluye que no existe coordinación entre la sala de armamento y almacén del establecimiento, para establecer las verdaderas cantidades de material de intendencia y defensa, evidenciando falta de control por parte de la dirección del CPAMSLDO en el manejo de inventarios.

Por otra parte, el personal encargado de la administración del material de defensa y munición no cuenta con la documentación requerida que les asigna funciones de responsabilidad en las entregas diarias de armamento para el servicio, manejo de inventarios y mantenimiento primario, toda vez que los elementos se encuentran a nombre del comandante de vigilancia según el aplicativo de inventarios institucional PCT, sin



embargo, éste último no administra la sala de armamento directamente.

De lo anterior se determina que el establecimiento presenta falencias en las actividades relacionadas en el manual de material de defensa y municiones código PA-LA-M01 de marzo de 2019 en sus numerales:

**7. Control para el Material de Defensa y Elementos de Seguridad**

**7.2. Control de Existencias en los ERON El almacenista del centro de costo, o quien haga sus veces ejercerá control sobre el material de defensa destinados al servicio los mismos serán entregados a los comandantes de vigilancia de los Establecimientos de Reclusión, Grupos Especiales o Dirección Escuela Penitenciaria Nacional, mediante comprobante de egreso (subrayado nuestro)**

***El Comandante de Vigilancia o quien haga sus veces, hará entrega al funcionario designado para manejar la sala de armamento, mediante acta; la cual debe ser firmada además por el almacenista y Director respectivo. El Personal del cuerpo de Custodia y vigilancia encargado de la sala de Armamento debe mantener control estricto de los inventarios del material de defensa y elementos de seguridad (subrayado nuestro)***

**11.2. Manejo y responsabilidad En los Establecimientos de Reclusión existe un depósito de armamento, material de defensa y elementos de seguridad; el Comandante de Vigilancia de ERON, Escuelas de Formación y Grupos especiales, serán los responsables de dicho depósito, y ejercerán control, en coordinación con el almacenista o quien haga sus veces. (Subrayado nuestro)”**

La situación anterior es originada por el desconocimiento, falta de coordinación entre las áreas almacén, gestión corporativa y armerillo, escasa actualización documental y débil manejo de la plataforma ISOLUCION; situación que conlleva a deficientes registros de inventario, posibles pérdidas de material de defensa y elementos de seguridad bajo la responsabilidad del INPEC.

**ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

resumidos los argumentos el establecimiento expone:

***El manual de material de defensa y municiones código PA-LA-M01 en su numeral 1 clasifica el material de defensa y elementos de seguridad del Instituto en bienes devolutivos y de consumo.***

***En el Numeral 1.2. describe los elementos que hacen parte de los bienes de consumo controlado entre los que se encuentran los Chalecos y las restricciones de manos y pies, el reporte entregado por el almacén del ERON al equipo auditor correspondía a la relación de los bienes devolutivos y no a bienes de consumo, ya que con los bienes clasificados en el grupo como de consumo, se les aplica lo establecido en el Procedimiento PA-LAP03 numeral 8, registrándose en el aplicativo PCT su correspondiente salida y entregados a los beneficiarios finales.***

***Al salir del inventario de Bodega y PCT y ser entregados a los beneficiarios finales se les aplica lo establecido por el procedimiento PA-LA-M01 para los bienes de uso controlado numeral 1.2., motivo por el cual el área de Armerillo lleva un control manual y riguroso de estos bienes y realiza los respectivos informes trimestrales donde informa el estado actual de su inventario.***

***Los 100 chalecos antibala restantes que aún aparecen en el PCT (almacén) se debe a que en la actualización del procedimiento PA-LA-M01 versión 2, ya no se debían registrar su salida como de consumo, sino que caracterizó el bien como de uso controlado y como ingresaron en la vigencia 2021 les aplicó esta connotación.***

Analizada la respuesta al informe preliminar, se aceptan los argumentos expresados respecto a los bienes de uso controlado, devolutivos y de consumo, sin embargo, el establecimiento manifiesta que aún existen elementos que permanecen en el aplicativo PCT siendo de uso de uso controlado y a cargo directamente de la sala de armamento.

Por otra parte, el CPAMS LA DORADA no presenta argumentos respecto a la asignación de responsabilidad para el manejo de la sala de armamento. Dado lo anterior el hallazgo se confirma, por lo que el establecimiento deberá realizar un plan de mejoramiento a fin de subsanar el hallazgo.

## **RIESGO**

Se constituye un posible riesgo para la seguridad del establecimiento, la no asignación de funcionarios que tengan la responsabilidad de mantener un control de los inventarios del material de defensa y elementos de seguridad; situación causada por descuido administrativo o desconocimiento de la normatividad.

## **RECOMENDACIÓN**

Dar cumplimiento al manual de material de defensa y municiones en los numerales relacionados con la responsabilidad directa del manejo de la sala de armamento, así mismo mantener una cultura del control de existencias en coordinación con el Grupo de Armamento e Intendencia del Instituto

## **HALLAZGO No. 10**

**IRREGULAR AISLAMIENTO DE POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD EN UNIDAD DE TRATAMIENTO ESPECIAL - UTE ORIGINADA EN UNA INCORRECTA APLICACIÓN DE DIRECTRICES INSTITUCIONALES - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.**

## **DESCRIPCION DEL HALLAZGO**

En el desarrollo de la auditoria, se verificó el cumplimiento de la normatividad para el personal recluido en la unidad de tratamiento especial UTE, tomando como muestra los PPL con TD 637007914- 637008509- 637007490- 637007260- 637009660- 637008805- 637008964- 637007099 y 637007655 encontrando lo siguiente:

1. Para ninguno de los TD relacionados fue aportada la comunicación al director del establecimiento sobre el uso del aislamiento como medio preventivo o como medio coercitivo.
2. incumplimiento del plazo de aislamiento en la UTE con base en la resolución

expedida por la dirección del establecimiento para el TD 637008964 .

3. No se aportó la resolución de traslado a la UTE la cual debe expedir la dirección del establecimiento para los TD 637007099 y 637007655.
4. No se evidenció para ninguno de las PPL el acta o soporte de la junta de patios del traslado a la UTE, así mismo revisado el aplicativo SISIPPEC no se observó para ningún PPL su estadía en dicha unidad.
5. No se observó el libro de servicio en el que se registra la verificación diaria del aislamiento, con respecto al estado físico y anímico de la PPL, por parte del Director del ERON y Comandante de vigilancia.
6. No se demostró el cumplimiento de las visitas a las áreas de aislamiento por parte del Medico de turno del ERON, en donde realiza un chequeo a la salud física y mental de la PPL, ni visitas a la UTE por parte del cónsul de Derechos Humanos del ERON
7. No se observó la continuidad en las actividades ocupacionales o de estudio que garantice el derecho a la redención.

Con base en lo anterior el establecimiento no ha generado un control administrativo que garantice el cumplimiento de la normatividad establecida en el “**procedimiento para el correcto aislamiento de personas privadas de la libertad en unidad de tratamiento especial de los establecimientos de reclusión código PM-SP-P07 de fecha 28 de enero de 2022**” especialmente en los numerales:

- **1. Comunicar el uso de aislamiento de PPL al director ERON**
- **4. Determinar la medida de aislamiento a la PPL**
- **5. Comunicar a PPL sobre medida de aislamiento**
- **6 trasladar PPL a UTE- realizar los respectivos registros en el acta de la junta de distribución de patios y asignación de celdas.**
- **7. Verificar aislamiento de la PPL.**
- **8. Visitar áreas de aislamiento**
- **9. Visitar áreas de aislamiento**
- **11. Aislar por solicitud propia de la PPL**
- **13. Informar a Dirección Regional**

Los incumplimientos evidenciados, tienen como causa el posible descuido, desconocimiento y desactualización por parte de la administración del ERON a la aplicación de los procedimientos, lineamientos y directrices vigentes, llevando a una posible vulneración de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad que se encuentran en estas unidades, como demandas contra la institución frente a algún hecho que llegare a suceder y pusiera en peligro la vida e integridad de dicha población.

## ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

El establecimiento expone las acciones realizadas en cuatro de los nueve ítems observados en la auditoria los cuales se mencionan a continuación y se realiza un análisis de cada uno.

***“... el establecimiento viene realizando las siguientes actividades que demuestran el cumplimiento del procedimiento, frente a los puntos:***

- 1. Para ninguno de los TD relacionados fue aportada la comunicación al director del establecimiento sobre el uso del aislamiento como medio preventivo o como medio coercitivo.***

De acuerdo a lo relacionado para el TD 9660, el establecimiento argumenta en la resolución el informe generado por la unidad de guardia que se encontraba de turno mas no la solicitud oficial por parte del comandante de vigilancia como lo establece la norma. Por otra parte, informa que esta misma situación se encuentra en las demás resoluciones.

- 2. Incumplimiento del plazo de aislamiento en la UTE con base en la resolución expedida por la dirección del establecimiento para el TD 637008964.***

Analizada el acta de seguridad No 1641 del 21 de septiembre de 2022 se evidencia que este documento fue el origen para la resolución número 1543 de septiembre de 2022, situación que corresponde a la norma y da cumplimiento al procedimiento, sin embargo y como la manifiesta el establecimiento no se dio cumplimiento al tiempo determinado en la resolución, y no se generó una nueva resolución una vez terminados los cinco (5) iniciales los cuales pueden ser renovables por máximo 15 días.

- 3. No se demostró el cumplimiento de las visitas a las áreas de aislamiento por parte del Medico de turno del ERON, en donde realiza un chequeo a la salud física y mental de la PPL, ni visitas a la UTE por parte del cónsul de Derechos Humanos del ERON***

***“Las visitas son realizadas por el personal de sanidad, sin embargo, no con la periodicidad diaria como lo establece el procedimiento ni se deja registro en la minuta. Hechos que serán subsanados”***

El establecimiento no aportó los documentos de la realización de las visitas por parte del área de sanidad ni del cónsul de derechos humanos por lo que no subsana el hallazgo, así mismo el auditado manifiesta que se realizarán las visitas a los PPL.

- 4. No se observó la continuidad en las actividades ocupacionales o de estudio que garantice el derecho a la redención.***

***“La mayoría de los privados de la libertad que se encuentran en la UTE pertenecen al programa fibras, y se les garantiza la continuidad con la actividad de redención siempre y cuando presente avances...”***

El establecimiento aporta el documento caracterización de actividades ocupacionales del programa fibras y materiales sintéticos que funciona como actividad de redención, sin embargo, no aporta documentos que den cuenta de la continuidad de la actividad en la UTE como planillas de registro diario.

De los cuatro ítems anteriores el establecimiento no desvirtúa ninguno de los apartes del hallazgo y no hace mención alguna de los cinco ítems restantes, por lo que no se desvirtúa el hallazgo y este se confirma.

## **RIESGO**

Con el presente hallazgo se constituye un alto riesgo para el establecimiento en cuanto a la vulneración de los derechos humanos, y el posible deterioro de la salud física y mental del PPL debido al aislamiento especial en la UTE, riesgo en el cual se encuentran involucradas las áreas misionales de la institución debido al no cumplimiento de los requisitos establecidos para el aislamiento

## **RECOMENDACIÓN**

Dar cumplimiento estricto al procedimiento y normatividad relacionada con el aislamiento en las unidades de tratamiento especial UTE, así mismo establecer estrategias que permitan establecer los registros de actividad toda vez que una vez iniciada su reclusión se pone en alto riesgo la vida del PPL.

## **GESTION FINANCIERA**

### **HALLAZGO No. 11**

#### **CONSIGNACIÓN EXTEMPORANEA EN BANCOS POR CONCEPTO DE DECOMISOS A LA PPL - HALLAZGO ADMINISTRATIVO**

#### **DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**

Con el objeto de verificar el cumplimiento por parte del personal responsable del Establecimiento de los lineamientos existentes, así como de los controles y administración de los recursos por concepto de decomisos de dinero realizados a la Población Privada de la Libertad (PPL), se procedió a revisar los soportes remitidos al auditor por parte del funcionario responsable de esta actividad,

Datos consignados en archivo Excel donde se detalla la verificación realizada en la siguiente ruta: Carpeta auditoria la Dorada 10-2022 papel de trabajo decomisos – COMISOS AUDITORIA DORADA 2022.

Se revisaron aleatoriamente trece (13) ordenes por decomisos de dinero a la PPL, de los cuales cinco (5) tienen 3 días hábiles o menos de tiempo entre la fecha de entrega al área de pagaduría del dinero decomisado y la fecha de consignación efectuada en bancos;



cinco (5) exceden entre 2 y 3 días hábiles; y tres (3) tienen diez y más días hábiles entre la fecha de decomiso y la consignación en bancos, estos últimos incumplen con lo normado en su artículo primero de la resolución 4443 del 20 de noviembre de 2014 que menciona:

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

Al mismo tiempo se solicitó al responsable del área de pagaduría informar si cuenta con efectivo en caja por este concepto, el cual informó que a la fecha tiene en caja fuerte un billete de cien (100) Bolívares que corresponden a decomiso al PPL identificado con TD 9759 en fecha 27 de mayo de 2022, como se evidencio en su momento.

Lo anteriormente descrito refleja una presunta falta de supervisión y seguimiento y falta de coordinación y comunicación entre áreas, ya que en esta actividad puntual participa el personal del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, como el comando de vigilancia, personal de las compañías, policía judicial y la Pagaduría del establecimiento, por lo tanto y dado que hay administración de recursos de por medio puede existir un riesgo evidente de pérdida de los mismos y sanciones o investigaciones para los responsables si este se llegase a materializar.

## **ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

Mediante oficio suscrito por el establecimiento CPAMS La Dorada Caldas con radicado No. 2023IE0042540 de febrero 27 de 2023 manifiesta como respuesta siguiente:

***“Se busca acompañamiento y seguimiento entre las áreas que intervenimos en el proceso, como son cuerpo de custodia y vigilancia, personal de las compañías, policía judicial y la pagaduría del Establecimiento; con el fin de subsanar las falencias y corregir el proceso, teniendo en cuenta el momento del decomiso a la entrega en pagaduría/consignación Banco, solo deben transcurrir máximo 3 días; de esta manera se cumpliría con lo normado en el artículo primero de la resolución 4443 del 20 de noviembre de 2014 que menciona: “ARTICULO PRIMERO. El dinero incautado en operativos de seguridad realizado en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, deberá consignarse en la cuenta corriente No. 309-017614 del BBVA, por parte del pagador del respectivo centro y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la incautación”.***

Los argumentos presentados por al auditado no desvirtúan el hallazgo dado que la información allegada no subsana el cumplimiento a dicha norma, a la fecha se está buscando acompañamiento y seguimiento con los funcionarios involucrados a fin de corregir las falencias existentes en el proceso, por lo tanto el hallazgo se **CONFIRMA**, creándose la necesidad de construir un plan de mejoramiento por parte del Establecimiento que le permita identificar las causas y acciones de mejora con el fin de dar cumplimiento a la normatividad que lo regula.

## **RIESGO**

Posibilidad de pérdida de dinero producto del decomiso de las personas privadas de la

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

## RECOMENDACIÓN

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

## HALLAZGO No. 12

### DEBILIDAD EN LA RAZONABILIDAD DE LAS CUENTAS DE BANCOS E INCUMPLIMIENTO EN LA DEPURACIÓN DE SALDOS DE LA CUENTA DEL BALANCE - HALLAZGO ADMINISTRATIVO.

#### DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

En el Establecimiento CPAMS LA DORADA funcionan (6) cuentas bancarias:

- 39206015-8 (Expendio) Banco Popular
- 39206014-1 (Matriz Internos) Banco Popular
- 39206008-3 (Caja Especial) Banco Popular
- 39206007-5 (Gastos Generales) Banco Popular
- 39206017-4 (Proyectos Productivos) Banco Popular
- 467002911 (Servicios Personales) Banco BBVA

Se procede a revisar las conciliaciones bancarias, con el reporte auxiliar contable por cuenta bancaria SIIF Nación y los extractos bancarios correspondientes al periodo 01 de septiembre de 2021 al 31 diciembre de 2021 y 01 de enero a 31 de agosto de 2022.

Evidencias consignadas en archivo Excel donde se detalla la verificación realizada en la siguiente ruta: Carpeta auditoria la Dorada 10-2022 papeles de trabajo Bancos – BANCOS AUDITORIA DORADA 2022.

En donde se puede concluir que el establecimiento presenta las siguientes situaciones:

- Al revisar las conciliaciones bancarias se observó que se debe ajustar al formato oficial PA-GF-P07-F02, este código debe aparecer en el pie de página del formato de las conciliaciones.
- Cuentas con Saldos negativos.
- Saldos pendientes por depurar de años anteriores.

En los evidencias presentadas existe un cuadro resumen en donde se observa variación de los saldos en cada banco entre los saldos en libros auxiliar contable SIIF Nación, frente

a los saldos de los extractos bancarios, esta corresponde a saldos pendientes de depurar de vigencias anteriores que el establecimiento viene arrastrando mes a mes, lo que genera una incertidumbre en los saldos de balance de la cuenta código 1.1.10 y un impacto negativo en la razonabilidad de la cuenta reflejado en el Estado de Situación Financiera del INPEC.

En la cuenta de “Depósito en instituciones financieras” código 1.1.10” no se evidencia proceso de depuración permanente para dichos saldos; en donde al parecer el día a día en el desarrollo contable se realiza, pero los saldos que vienen de años anteriores no se están revisando, así como tampoco se está cumpliendo con el cronograma para la depuración de cuentas, documento que elaboro el Grupo contable de la Sede Central en agosto de 2019.

Esta situación que se observa en los saldos de las cuentas bancarias es reflejo de la poca actividad que se está llevando a cabo en el establecimiento en el tema de Depuración de cuentas de los saldos de balance, incumpliendo con ello lo normado para el registro en el formato PA-GF-P07-V02 Conciliaciones Bancarias asociado al procedimiento PA-GF-P09 V01 Conciliaciones Bancaria.

Así mismo al procedimiento de depuración de cuentas, especialmente en sus numerales 1 y 10 que mencionan:

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

- ***Analizar los registros en SIIF Nación***
- ***Analizar documentos soportes ...***

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

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

## **ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR**

Mediante oficio suscrito por el establecimiento CPAMS La Dorada Caldas con radicado No. 2023IE0042540 de febrero 27 de 2023 manifiesta como respuesta siguiente:

***“De acuerdo a las cuentas con saldo negativos y los saldos pendientes a depurar se viene preparando los soportes, debido a las labores cotidianas que manejamos ha sido muy lento el proceso para la realización de los comprobantes contables, solicitar revisión y aprobación del mismo ya sea a la regional y/o sede central, al igual como se realiza en las reclasificaciones y ajustes mensuales que se lleva a cabo en el Establecimiento, para poder ir***

*depurando la traza contable que deja el movimiento de bancos.”*

*“Los pantallazos han sido enviados a la sede central solicitando apoyo para realizar la depuración de las conciliaciones, debido al cumulo de trabajo y ocupaciones se ha pospuesto dicha labor.”*

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

*“A partir del mes de marzo de 2023, empezaremos a realizar los comprobantes contables para la depuración solicitando a la regional viejo caldas para su respectiva revisión y aprobación de los mismos.”*

Los argumentos presentados por el auditado no desvirtúan el hallazgo, si bien es cierto en los pantallazos allegados se observa elaboración de comprobantes de ajuste de los saldos de balance, los avances en el proceso de depuración son muy lentos, por lo tanto, el hallazgo se **CONFIRMA**, creándose la necesidad de construir un plan de mejoramiento por parte del Establecimiento que le permita identificar las causas y acciones de mejora con el fin de dar cumplimiento a la normatividad que lo regula.

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

## **RIESGO**

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

## **RECOMENDACIÓN**

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

## **HALLAZGO No. 13**

### **INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE LA DEPURACIÓN DE LOS SALDOS DE LAS CUENTAS DEL BALANCE - HALLAZGO ADMINISTRATIVO** **DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**

Con el propósito de confirmar el cumplimiento del Cronograma de Depuración de cuentas de balance realizado por la Dirección de Gestión Corporativa – Grupo Contable, se consultó al responsable del perfil contable sobre la gestión y realización de esta actividad, quien manifestó que es muy poco lo que se ha hecho al respecto, esta actividad se encuentra suspendida por falta de acompañamiento permanente del funcionario asignado por el grupo contable de la sede central.

Se solicitó al funcionario encargado de esta tarea los soportes que evidencien la gestión realizada al tema de depuración de los saldos de las cuentas del balance, de: Propiedad Planta y Equipo, Inventarios, Cuentas Deudoras, Cuentas por Pagar, entre otras, que evidencien el cumplimiento de esta actividad, a lo cual el establecimiento no suministró ninguna información.

Adicionalmente se observó que no se cuenta con un balance general real, ya que existen cuentas contables con saldos por ajustar y depurar, incumpliendo con lo establecido en el Procedimiento **Depuración Cuentas Contables PA-GF-PO14 V01 del 21 de enero de 2016**, así como también lo enunciado en el **“Régimen de Contabilidad Pública - Libro 1 Plan general de contabilidad pública - Proceso Contable 3 - Numeral 61 el cual cita:**

***“Régimen de Contabilidad Pública***

***61 el proceso contable se define como un conjunto ordenado de etapas que se concretan en el reconocimiento y la revelación de las transacciones, los hechos y las operaciones financieras, económicas, sociales y ambientales, que afectan la situación, la actividad y la capacidad para prestar servicios o generar flujos de recursos de una entidad contable pública en particular. Para ello, el proceso contable captura datos de la realidad económica y jurídica de las entidades contables públicas, los analiza metodológicamente, realiza procesos de medición de las magnitudes de los recursos de que tratan los datos, los incorpora en su estructura de clasificación cronológica y conceptual, los representa por medio de instrumentos como la partida doble y la base del devengo o causación en su estructura de libros, y luego los agrega y sintetiza convirtiéndolos en estados, informes y reportes contables que son útiles para el control y la toma de decisiones sobre los recursos, por parte de diversos usuarios.”***

Esta situación refleja un control interno contable bajo por parte de los responsables de realizar esta labor, la información reflejada en los saldos de los estados financieros carece de razonabilidad, lo anterior obedece a fallas de coordinación entre las áreas relacionadas, así como también por el desconocimiento de la normatividad existente, situación que conlleva a la probabilidad de materialización de riesgos de gestión, por la poca confiabilidad en los saldos de las cuentas de balance, al no reflejar la situación financiera, económica, social y ambiental de la entidad.

Evidencias consignadas en archivo Excel donde se detalla la verificación realizada en la siguiente ruta: Carpeta auditoria la Dorada 10-2022 papeles de trabajo Depuración saldos Anexos 16 17 y 18 – EXCEL DEPURACION P.P.y E. AUDITORIA DORADA 2022.



## ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES EFECTUADAS POR EL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

Mediante oficio suscrito por el establecimiento CPAMS La Dorada Caldas con radicado No. 2023IE0042540 de febrero 27 de 2023 manifiesta como respuesta lo siguiente:

*“De acuerdo al cronograma que estableció el INPEC para esta ardua labor (Anexo 18), nos da la oportunidad para el Establecimiento hasta el año 2025, de realizar la depuración del Balance, adjunto cronograma; esto no quiere que estamos incumpliendo o queremos hacerlo, sino que estamos dispuestos a reconocer el análisis, verificación y conciliación de las partidas en la depuración.”*

En respuesta presentada por los auditados frente al proceso de depuración y ajuste de las diferentes cuentas de balance, se observa que esta actividad se viene realizando de la mano con la sede central, a la fecha se ha elaborado depuración de la cuenta P.P.y E., como se observa en los soportes presentados, sin embargo se encuentran pendientes por depurar y cerrar los saldos de los demás procesos, y así dar cumplimiento al cronograma de depuración, esta actividad se tiene que coordinar con el funcionario encargado por el grupo contable de la Sede Central.

Si bien es cierto que en los argumentos presentados por el auditado se observan avances en el proceso de depuración, estos no desvirtúan el hallazgo, los avances en el proceso de depuración son muy lentos, por lo tanto, el hallazgo se **CONFIRMA**, creándose la necesidad de construir un plan de mejoramiento por parte del Establecimiento que le permita identificar las causas y acciones de mejora con el fin de dar cumplimiento a la normatividad que lo regula.


### RIESGO

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

## RECOMENDACIÓN

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

### 12. Responsables

  
**OSCAR ORLANDO GOMEZ PINTO**  
Responsable Oficina de Control interno INPEC (e)

### 13. Distribución del informe

Nombre y Cargo	Fecha
ALDEMAR PENAGOS ESCOBAR Director establecimiento	22/03/2023