

UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS
Oficina de Control Interno

Informe de Seguimiento Gestión de Riesgos Institucionales

Bogotá D.C., 29 de junio de 2018

1. PRESENTACIÓN

La Oficina de Control Interno presenta el informe de seguimiento a la eficacia en la ejecución de las acciones de mejora definidas para la atención y mitigación de los riesgos identificados y valorados en las vigencias 2016 y 2017. La fecha de corte del informe es 29 de junio de 2018.

De conformidad con la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP (versión 03 de 2014) y el Manual Para La Administración De Riesgos de la USPEC (versión 4 de 2018), la oficina de control interno es la encargada de realizar el seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados, de manera complementaria la monitoreo que deben realizar los responsables de los procesos/subprocesos. Así mismo, la oficina de control interno asesorará, comunicará y presentará luego del seguimiento y evaluación, sus resultados y propuestas de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas. En este sentido, en el informe se presentan recomendaciones tanto para la identificación de nuevos riesgos, como para la formulación de las acciones de mejora necesarias para su buena gestión.

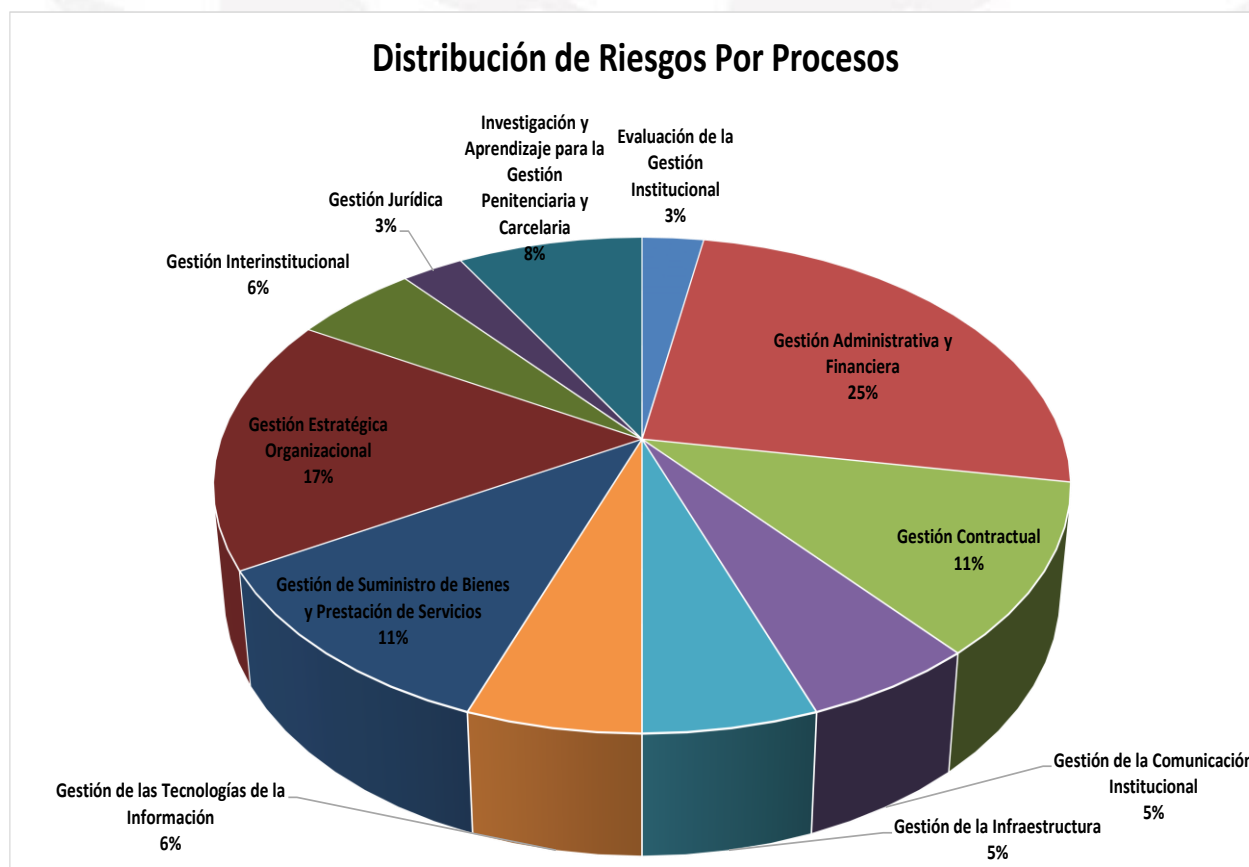
2. CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

Los riesgos institucionales identificados y valorados por proceso en la vigencia 2016, tienen las siguientes connotaciones:

- En total se identificaron 36 riesgos catalogados como institucionales, es decir, aquellos clasificados dentro de las zonas de exposición Alta o Extrema y que puedan afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad (Guía para la Administración del Riesgo. DAFP: Versión 03, Diciembre de 2014. Página 28).
- Por tipo de procesos, se observa que el 36.1% de los riesgos se identificaron en los procesos estratégicos, el 33.3% de los riesgos se ubican en los procesos de apoyo y el 27.8% en los procesos misionales.
- Por procesos, los primeros cuatro puestos corresponden a Gestión Administrativa y Financiera con el 25%, Gestión Estratégica Organizacional con el 16.7%, Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios y Gestión Contractual con el 11.1% e Investigación y Aprendizaje para la Gestión Penitenciaria y Carcelaria con el 8.3%.
- Para el proceso Gestión del Talento Humano no se identificaron riesgos institucionales.
- De acuerdo con el grado de exposición del riesgo, el 50% de estos se ubican en la zona Alta y el otro 50% en la zona Extrema.

PROCESO	TIPO PROCESO	CANTIDAD	ZONA ALTA	ZONA EXTREMA
Evaluación de la Gestión Institucional	Evaluación	1	1	
Gestión Administrativa y Financiera	Apoyo	9	6	3
Gestión Contractual	Misional	4	3	1
Gestión de la Comunicación Institucional	Estratégico	2		2
Gestión de la Infraestructura	Misional	2	1	1
Gestión de las Tecnologías de la Información	Apoyo	2	1	1
Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios	Misional	4	1	4
Gestión Estratégica Organizacional	Estratégico	6	1	5
Gestión Interinstitucional	Estratégico	2	2	
Gestión Jurídica	Apoyo	1	1	
Investigación y Aprendizaje para la Gestión Penitenciaria y Carcelaria	Estratégico	3	1	2
TOTALES		36	18	19

- Para la atención de los riesgos se formularon 48 acciones de mejora.



3. RESULTADOS GENERALES

Para la revisión de la gestión de los riesgos institucionales se procedió a la verificación de las acciones de mejora reportadas por las áreas responsables de los procesos, para lo cual se realizaron comparaciones y se tomaron resultados de los diferentes ejercicios de seguimiento y evaluación de la gestión institucional tanto para la vigencia 2017 como del primer trimestre de 2018: informes de gestión, informes de auditoría externa (CGR), informes de auditoría interna (OCI), evaluación de dependencias e informes específicos de gestión (PQR, procesos judiciales, plan anticorrupción, medición de indicadores, entre otros).

Del total de riesgos identificados, se evidenció la ejecución del 64% de las acciones de mitigación definidas pero solo el 14% de estas resultaron ser eficaces para el cierre del riesgo. Es decir, si bien se constató que las acciones que fueron propuestas se ejecutaron, no resultaron suficientes para mitigar y controlar el riesgo, que en algunos casos llegó a materializarse.

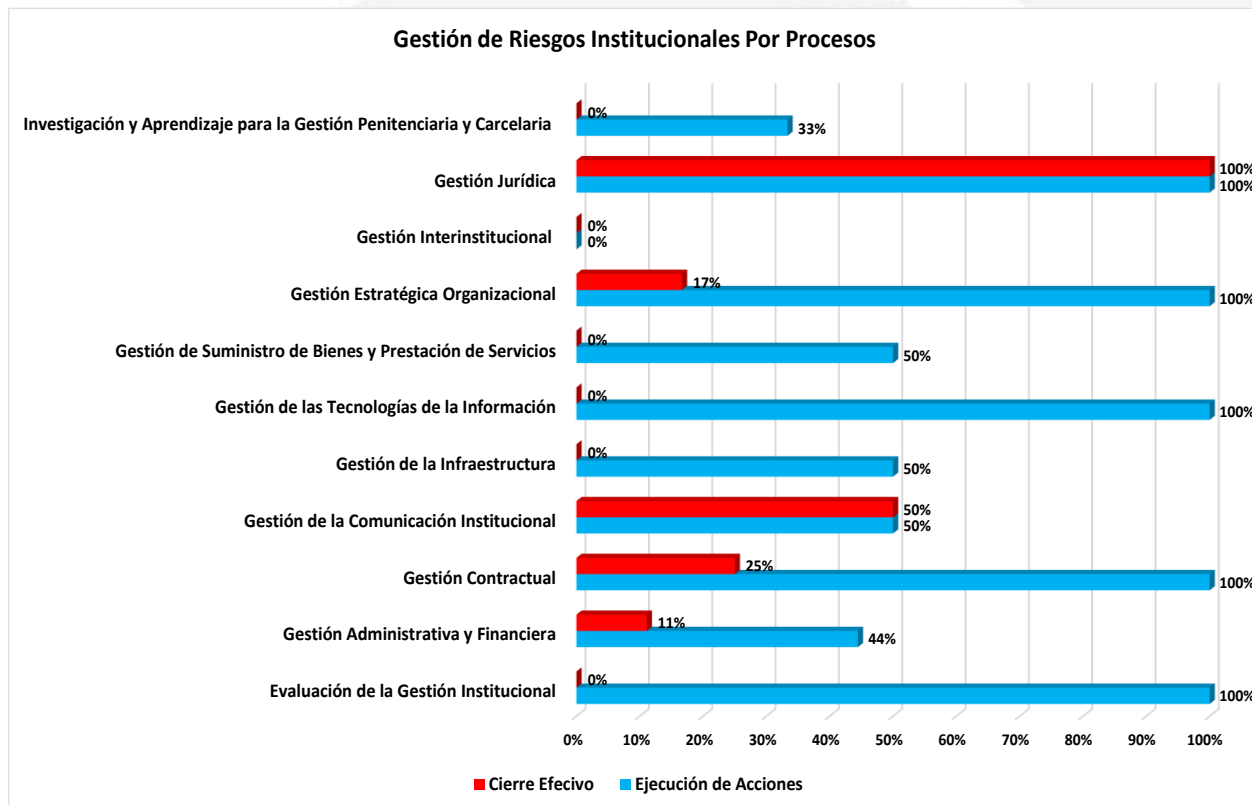
Esto se debe principalmente a una inadecuada precisión del riesgo o del análisis de sus causas, lo cual dificulta el planteamiento de verdaderas soluciones para su administración y control. Adicionalmente, se presentan casos de no reporte de evidencias o de evidencias incompletas lo que no permitió un análisis adecuado de la gestión de las áreas responsables de los procesos.

PROCESO	TOTAL RIESGOS	ACCIONES EJECUTADAS		EFICACIA	
		SI	PORCENTAJE	SI	PORCENTAJE
Evaluación de la Gestión Institucional	1	1	100%	0	0%
Gestión Administrativa y Financiera	9	4	44%	1	11%
Gestión Contractual	4	4	100%	1	25%
Gestión de la Comunicación Institucional	2	1	50%	1	50%
Gestión de la Infraestructura	2	1	50%	0	0%
Gestión de las Tecnologías de la Información	2	2	100%	0	0%
Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios	4	2	50%	0	0%
Gestión Estratégica Organizacional	6	6	100%	1	17%
Gestión Interinstitucional	2	0	0%	0	0%
Gestión Jurídica	1	1	100%	1	100%
Investigación y Aprendizaje para la Gestión Penitenciaria y Carcelaria	3	1	33%	0	0%
TOTALES	36	23	64%	5	14%

Por procesos, se presentan los siguientes resultados:

- Solo gestión Jurídica ejecutó el 100% de sus acciones y logró evidenciar control sobre el riesgo propuesto.
- Los procesos gestión Estratégica Organizacional, Gestión de Tecnologías, Gestión Contractual y Evaluación de la Gestión Institucional alcanzaron un 100% en la ejecución de sus acciones de mitigación

- Pero su eficacia fue mucho menor (17%, 0%, 25% y 0%, respectivamente).
- Solo el proceso de Gestión Interinstitucional no presentó avance en la ejecución y por consiguiente, en el cierre eficaz de sus riesgos identificados.



Conclusiones

La gestión de riesgos sigue siendo una asignatura pendiente en la entidad, por lo que se requiere mayor apropiación del manual adoptado para la administración de riesgos, tanto a nivel conceptual como metodológico y de comprensión. Por ello se requiere de un mayor acompañamiento tanto de la oficina de planeación como de la oficina de control interno, en la identificación del riesgo (descripción, causas y consecuencias) como en la definición de las acciones requeridas para su control.

Por otra parte, es necesario avanzar en la precisión de competencias en la administración del riesgo desde dos perspectivas: la primera, frente al rol de las áreas responsables de procesos y su función permanente de monitoreo; y la segunda, en la articulación y coordinación intrainstitucional para adoptar medidas estructurales y soluciones decisivas para la mitigación de los riesgos institucionales.

También se requiere avanzar en la documentación y presentación de la información que evidencia la ejecución de las acciones de mejora que permiten mitigar y controlar los riesgos, tanto de aquellas que han sido previamente establecidas como de las otras que surgen en el devenir de la gestión institucional pero que contribuyen en la atención de los riesgos.

Finalmente, se debe adelantar un ejercicio de revisión y actualización de los riesgos institucionales, partiendo de la revisión de los mapas de riesgos de procesos. Previo a ello se requiere de una nueva etapa de socialización, sensibilización y comprensión de la administración de riesgos, definir competencias internas en los procesos y entre los procesos, para luego evaluar nuevamente los contextos institucionales, identificar posibles situaciones de riesgo, evaluar los controles actuales y definir las nuevas acciones que se deben adelantar para los riesgos que definitivamente no están bajo control.

En esta actualización se deben considerar dos principales recomendaciones: revisar las causas y las consecuencias de los riesgos, para evidenciar su correcta identificación o descripción (no confundir la causa o el efecto con el riesgo) y además, validar la posible integración de riesgos de menor alcance un uno de mayor impacto e importancia para la gestión institucional.

4. RESULTADOS Y RECOMENDACIONES POR PROCESO

4.1 Proceso Gestión Estratégica Organizacional

4.1.1 *Riesgo 1: Fallas en la operación del Sistema Integrado de Gestión Institucional*

Análisis y recomendaciones:

Dentro de las causas asociadas al riesgo se encuentra las de Bajo nivel de apropiación y divulgación de los conocimientos adquiridos en las jornadas de capacitación y Falta de interés de los Directivos y del personal de la Unidad en los temas asociados al SIGI. No es posible precisar si las acciones de mejora se encaminan a superar estas dos causas, ya que no se cuenta con una medición de línea base sobre apropiación o comprensión del SIGI para saber si con la ejecución de estas acciones se incrementó este nivel. De igual manera sucede con el compromiso del nivel directivo, el cual no se precisa si de verdad mejoró o no.

Por otra parte, las fallas en el SIGI pueden ser causas a su vez de situaciones de mayor impacto (otros riesgos) como el desconocimiento de las funciones y competencias misionales, de la normatividad y de las políticas nacionales y sectoriales, que a su vez inciden en la baja ejecución de los objetivos y metas misionales.

Finalmente, es preciso señalar la puesta en funcionamiento del MIPG, modelo mediante el cual se concreta el Sistema de Gestión creado mediante la Ley 1753 de 2015 y definido en el Decreto 1499 de 2017, en el cual se articulan los sistemas de calidad, sistema de desarrollo administrativo y el sistema de control interno, que antes componían el SIGI. Lo anterior evidencia una evolución de las condiciones organizacionales y el contexto en el cual fue analizado el riesgo por lo que puede afirmarse que las causas y consecuencias del riesgo deben reformularse.

Por esta razón, se recomienda no cerrar el Riesgo y nuevamente explorar sus causas - efectos y sus acciones de mejora, incluyendo mediciones (puede ser a través de encuestas de percepción) para determinar un nivel de mejora.

Por otra parte, es conveniente evaluar si el desconocimiento o falta de apropiación del sistema de gestión institucional es una causa de un riesgo mayor como el incumplimiento de objetivos y metas institucionales.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo y debe reformularse.

4.1.2 Riesgo 2: No logro de los objetivos estratégicos

Análisis y recomendaciones:

Si bien se generan alertas que advierten de la baja ejecución presupuestal, tanto por la Oficina de Planeación como por la Subdirección Financiera (Comité Directivo Sesión del 13 de abril de 2018) y la OCI (Riesgo No logro de los objetivos estratégicos memorando I-2018004605 del 17/04/2018), el riesgo se ha materializado con una ejecución en el 2017 del 59,16% del presupuesto asignado (recursos obligados - Fuente SIIF).

Existe otro riesgo en el proceso denominado "Ineficiente ejecución de los recursos" el cual puede asociarse a una causa del incumplimiento de las metas y objetivos institucionales, por lo que se recomienda integrarlo a este riesgo como una causa. Es necesario un nuevo análisis y replantear las acciones de mejora, considerando el seguimiento al plan de adquisiciones, a los procesos contractuales y a la redefinición de metas anuales.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo y debe reformularse.

4.1.3 Riesgo 3: Deficiencias en la planeación y programación de la ejecución presupuestal

Análisis y recomendaciones:

Para el riesgo Deficiencias en la planeación y programación de la ejecución presupuestal se ejecutan las acciones de mejora definidas: matriz de acuerdo de desempeño y desagregación presupuestal. No obstante, las modificaciones al Plan de Adquisiciones en 2017 (actualizaciones en 13 de Diciembre de 2017, 12 de Diciembre de 2017, 14 de Marzo de 2017, 06 de Marzo de 2017 y 17 de Enero de 2017) y lo corrido de 2018 (9 y 16 de febrero), evidencian que las causas reales del riesgo no han sido superadas.

Por otra parte, este riesgo se relaciona con los riesgos definidos como "Ineficiente ejecución de los recursos" y "No logro de los objetivos estratégicos" por lo que se hace necesario contemplar su integración en una sola situación de riesgo.

Conclusión: El riesgo no se cierra al considerarse materializado.

4.1.4 Riesgo 4: Formulación estratégica inadecuada para la entidad

Análisis y recomendaciones:

No se evidencia la ejecución definitiva de la acción de mejora Generar una herramienta estándar para la realización del diagnóstico institucional. No obstante, se evidencia la ejecución de las demás acciones de mejora:

- Proceso Gestión Estratégica Organizacional Código: G1-CA-01, Subproceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación Institucional cuyo objeto es: Establecer las políticas, lineamientos estratégicos, directrices institucionales y objetivos que permitan proyectar la entidad a corto, mediano y largo plazo, mediante la estructuración de la plataforma estratégica y la formulación del Plan Estratégico Institucional.

- Formulación de Plan Estratégico vigencias 2017 y 2018
- Formulación de Plan de Acción vigencias 2017 y 2018
- Formulación de Plan Indicativo 2017 y 2018
- Reportes de seguimiento trimestral del plan de acción 2017
- Evaluación de dependencias 2017: verificación de cumplimiento de metas y objetivos

Conclusión: Procede el cierre del riesgo tal como fue descrito y definido.

Nota. Se recomienda replantear la situación del riesgo hacia el dimensionamiento de metas institucionales que no logran cumplirse, articulado al riesgo denominado “No logro de los objetivos estratégicos”

4.1.5 Riesgo 5: Ineficiente ejecución de los recursos.

Análisis y recomendaciones:

Sobre la acción de mejora propuesta, se evidencia la definición de los indicadores por proceso y su medición. No obstante, los resultados de cumplimiento de los objetivos estratégicos para la vigencia 2017 (definidos en el plan estratégico y articulados en el plan de acción) verificados a través de la evaluación de dependencias 2017 muestran un porcentaje promedio del 67,7%, siendo menor en las dependencias relacionadas con los objetivos misionales, Dirección de Infraestructura y Dirección Logística, con 37,8% y 53,54%, respectivamente. Se recomienda establecer una nueva valoración de causas y redefinir las acciones de mejora, no solo de seguimiento sino de retroalimentación, análisis, redefinición de metas, ajustes presupuestales y ejecución de procesos contractuales para proyectos misionales (infraestructura y logística). Integrar a este riesgo los otros definidos como “Ineficiente ejecución de los recursos” y “Deficiencias en la planeación y programación de la ejecución presupuestal” El riesgo debe ser compartido con las áreas misionales, quienes directamente ejecutan los recursos de la entidad.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.1.6 Riesgo 6: Incumplimiento de las Metas Institucionales

Análisis y recomendaciones:

Si bien se ejecutan las acciones de mejora (presentación de reportes trimestrales de avance) el riesgo no se mitiga de manera substancial pues de acuerdo con los resultados de la evaluación de dependencias de la vigencia 2017, los objetivos estratégicos predefinidos en el plan estratégico y articulados en el plan de acción) muestran un porcentaje promedio del 67,7%, siendo menor en las dependencias relacionadas con los objetivos misionales, Dirección de Infraestructura y Dirección Logística, con 37,8% y 53,54%, respectivamente. Se recomienda realizar un nuevo análisis para articularlo con los riesgo de “No logro de los objetivos estratégicos”

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.2 Proceso Investigación y Aprendizaje para la Gestión Penitenciaria

4.2.1 Riesgo 1: Dificultad para el desarrollo de las investigaciones Penitenciarias y Carcelarias.

Análisis y recomendaciones:

Las acciones de mejora definidas estaban encaminadas a la generación de lineamientos y directrices para las investigaciones, formular el procedimiento respectivo y adquirir licencias de software para estas investigaciones.

Se evidencia la formulación del procedimiento ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA EL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO, Código: G2-PR-01, versión 01 de 2016, cuyo objetivo es Establecer las actividades necesarias para desarrollar estudios e investigaciones, mediante la identificación de problemáticas y generación de alternativas de solución para el mejoramiento del Sistema Penitenciario y Carcelario. El procedimiento presenta directrices sobre las distintas formas como la USPEC planea realizar estudios e investigaciones internas o externas con actores estratégicos: Estudios o Investigaciones internas, Cooperación Internacional, Observatorios, Convenios interadministrativos y convocatorias.

Por otra parte, se ha formulado el proyecto Pertinencia y Confiabilidad de la Información Técnica sobre el Sistema Penitenciario Nacional, registrado en el SUIFP del DNP.

No obstante las acciones de mejora realizadas, no se relacionan investigaciones o estudios realizados o en proceso, razón por la cual se recomienda mantener el riesgo, pero precisando en sus causas y acciones de mejora, razones y acciones de coordinación intra e interinstitucional, financiación y articulación con la academia y la asignación de funciones y competencias claras para su desarrollo y ejecución. La adquisición de un software especializado puede ser un plus para sistematizar la información derivada de las investigaciones pero no tiene por qué determinar su desarrollo.

Conclusión: El riesgo no se cierra.

4.2.2 Riesgo 2: Problemas de identificación clara de estudios y de alternativas de solución a problemas.

Análisis y recomendaciones:

Las acciones de mejora previstas estaban encaminadas a establecer lineamientos para diferenciar los estudios de sector en materia de contratación y los estudios para el mejoramiento del sistema penitenciario y carcelario, así como la generación de políticas de priorización de investigaciones.

Al respecto, si bien en el procedimiento ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA EL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO se presenta directrices sobre las distintas formas como la USPEC planea realizar estudios e investigaciones internas o externas no es clara su articulación con las acciones de mejora. Por otra parte, los avances en cuanto al plan maestro de infraestructura penitenciaria nacional, representa más una evidencia del riesgo anterior. Las acciones reportadas no se articulan de manera clara con las acciones de mejora definidas. Se recomienda incluir este riesgo como una causa del riesgo anterior denominado "Dificultad para el desarrollo de las investigaciones Penitenciarias y Carcelarias".

Conclusión: El riesgo no se cierra.

4.2.3 *Riesgo 3: Pérdida de la memoria Institucional con relación a las investigaciones desarrolladas en la gestión Penitenciaria y Carcelaria*

Análisis y recomendaciones:

Las acciones de mejor pretendían generar una política y un programa de gestión del conocimiento y establecer un banco de proyectos de investigación.

De las acciones de mejora no se presentan evidencias.

El riesgo sigue siendo latente y se debe mantener dado el alto impacto que tendría la pérdida de información derivada de estudios o investigaciones sobre el sector penitenciario y carcelario del país

Conclusión: El riesgo no se cierra.

4.3 Proceso Gestión Interinstitucional

4.3.1 *Riesgo 1: Gestión y no logro de los recursos*

Análisis y recomendaciones:

No se presentó información que permitiera verificar la ejecución de las acciones de mejora. Se recomienda revisar la definición del riesgo dado que la consecución de recursos para la Entidad solo tiene una fuente de ingreso y que corresponde a recursos de la Nación, de conformidad con el anteproyecto de presupuesto que se presente y sea aprobado. Si el riesgo corresponde a la gestión de recursos de cooperación, debe cambiar el enfoque del riesgo.

Conclusión: No procede el cierre del hallazgo

4.3.2 *Riesgo 2: Logro y no ejecución de los recursos*

Análisis y recomendaciones:

No se presentó información que permitiera verificar la ejecución de las acciones de mejora. La no ejecución de recursos, en general, corresponde al proceso Gestión Administrativa y Financiera., subproceso Gestión Financiera.

Conclusión: No procede el cierre del hallazgo

4.4 Proceso Gestión de la Comunicación Institucional

4.4.1 *Riesgo 1: Demora en el diseño y publicación de la información, para los públicos internos y externos.*

Análisis y recomendaciones:

Se evidencia la documentación de los procedimientos de comunicación interna G4-PR-02 y comunicación externa G4-PR-01.

Se evidencia memorando 100DIR-16111 dirigido a la Oficina de Tecnología para solicitar equipos de comunicación.

No obstante lo anterior, las causas del riesgo relacionadas con recursos económicos, personal idóneo y coordinación intrainstitucional, no tienen acciones de mejora claramente definidas y ejecutadas.

De acuerdo con la Evaluación de Dependencias 2017, en la página web institucional se verifica la formulación del Plan Estratégico de Comunicaciones formulado en la vigencia 2015 y que contiene la política y los lineamientos de la comunicación organizacional:

https://www.uspec.gov.co/images/stories/INFO_INTERES/Planes_proyectos/Plan_Comunicaciones/Plan_estrategico_Comunicaciones.pdf.

No se evidencia la actualización del Plan de Comunicaciones para la vigencia 2017 ni un plan o informe sobre las actividades desarrolladas. A la fecha de seguimiento, no se ha presentado a Comité Directivo o Comité de Gestión Institucional el Plan de Comunicaciones para la vigencia 2018.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.4.2 Riesgo 2: Generación de información e imagen errónea a cerca de la Gestión Institucional

Análisis y recomendaciones:

Se evidencia la documentación de los procedimientos de comunicación interna G4-PR-02 y comunicación externa G4-PR-01.

Se evidencia política editorial: Debido a las características de los medios electrónicos, relacionadas especialmente con el hecho de que los contenidos se pueden diseminar de forma rápida y a un gran número de personas, se ha definido una política editorial que establece las características que se deben considerar en la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC al momento de publicar contenidos generales en medios electrónicos.

Fuente: https://www.uspec.gov.co/?page_id=5246.

Se recomienda establecer políticas de comunicaciones donde se especifiquen los responsables de la información institucional publicada y la verificación de contenidos, apertura y visibilidad en la comunicación con la ciudadanía, relación con medios de comunicación, administración de canales de comunicación, etc.

Conclusión: Dada la ejecución de las acciones de mejora, puede proceder el cierre del riesgo pero dado el impacto que tendría su materialización, se recomienda mantenerlo en el mapa de riesgos del proceso, explorando otras acciones de mejora, como las ya mencionadas.

4.5 Proceso Gestión de la Infraestructura

4.5.1 Riesgo 1: Retraso e Incumplimiento en la entrega de las obras contratadas para el mantenimiento a la infraestructura y en la entrega de cupos penitenciarios

Análisis y recomendaciones:

El Riesgo " se encuentra materializado tal como lo evidencian los hallazgos de la Contraloría General de la República (H1:2017 Infraestructura y mantenimiento EPMSC Medellín y Palmira. En Medellín COPED y Jamundí, no se ha dado inicio a obra; H44 2017: Contrato de Obra 150-15 RM y EPMSC Manizales; H63 2017 Contrato Interadministrativo FONADE - USPEC en vigencia 2016 y a 30/jun/2017, no cumplió el plan de acción en ampliación de cupos; H66 2017:

Proyecto EPAMSCAS-COMBITA; H 54 2017, Incumplimiento del objeto contractual, en la EPMSC de Ocaña, contrato de obra N° 184 de 2015, entre otros). En Auditoría Interna de OCI, se determinó que el contrato 217 de 2013 para la obra ERON Espinal tiene un retraso de 36 meses, el contrato 402 de 2014 ERON Girón el retraso es de 24 meses, el contrato 403 de 2014 ERON Ibagué el retraso es de 24 meses. Además, la meta de la vigencia 2017 "Entregar 1,500 cupos penitenciarios y carcelarios al INPEC" solo se cumplió en un 20% (Fuente: Evaluación de Dependencias 2017) pero solo considerando el convenio interadministrativo 216144-2016, suscrito con FONADE.

Lo anterior denota una ineficacia en las acciones de mejora definidas.

Es preciso realizar una nueva evaluación del riesgo y de las acciones de mejora, como la inclusión de interventorías (y no solo supervisión) en los contratos de obra, para mejorar el seguimiento y la identificación de riesgos (técnicos, financieros, jurídicos, ambientales) en los procesos contractuales, declaración de cláusulas exorbitantes de los contratos de obras, entre otras.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.5.2 Riesgo 2: Oposición de las comunidades ante la construcción de nuevos Establecimientos Penitenciarios cerca de su entorno, impide la ejecución de nuevos proyectos

Análisis y recomendaciones:

Solo se presenta evidencias de socialización del proyecto de construcción de ERON en Riohacha. Se requiere mayor información sobre las actividades de socialización de proyectos nuevos o ampliación de establecimientos carcelarios con la con unidades eventualmente afectadas, con o en los casos de los ERON de Ibagué, Espinal, Girón, Ipiales, Tuluá y Buga.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.6 Proceso Gestión Contractual

4.6.1 Riesgo 1: Debilidades en la unificación de criterios en materia contractual.

Análisis y recomendaciones:

Frente a las acciones de mejora, se verifica la ejecución de las actividades de capacitación en la vigencia 2016. Para la vigencia 2017 no se evidencian acciones de capacitación en materia contractual ejecutadas.

Se recomienda continuar con las acciones de mejora definidas frente a la capacitación en materia de contratación pública, sumado a la actualización del Manual de Contratación, Manual de Supervisión e Interventoría y su respectiva sensibilización. Lo anterior, dado a la dinámica permanente de las normatividad contractual. También se recomienda evaluar los perfiles de los funcionarios de la Dirección de Gestión Contractual para evidenciar estudios postgraduales en materia contractual.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.6.2 Riesgo 2: Debilidad en la estructuración y revisión de los documentos previos.

Análisis y recomendaciones:

En la Evaluación de dependencias de la vigencia 2017 se verificó el cumplimiento de las siguientes metas:

- Realizar seguimiento contractual el 80% de los contratos vigentes a 30 de septiembre de 2017 (excluyendo prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión). Cumplimiento del 50%. En la vigencia 2017 se celebraron 150 contratos, con corte a 30 de septiembre, de los cuales se revisaron 58 contratos correspondientes al 48,3%, del 80% que se presupuestó revisar. Se recomendó precisar en el Plan de Acción 2018, en que consiste esta revisión y darle cobertura del 100% de los contratos que sean celebrados por la Entidad.

En el seguimiento al Plan de Acción de la vigencia 2018 para el primer trimestre de 2018, la Dirección de Gestión Contractual reporta el cumplimiento de las siguientes metas:

- Seguimiento mensual a los compromisos adquiridos por las áreas ejecutoras en materia contractual. Cumplimiento 25%: Se realiza seguimiento mediante los siguientes memorandos I-2018-004343 - 004347 - 004349 y 004352. Lo anterior con la proyección y el respaldo del Plan de Contratación.
- En el informe de gestión del primer trimestre de 2018, la DIGECO reporta: Durante el primer trimestre del año 2018, la Dirección de Gestión Contractual ha emitido cuatro (4) conceptos jurídicos relacionados con la gestión Contractual de la Entidad, ha dado respuesta a trece (13) derechos de petición y a seis (6) requerimientos provenientes de órganos de control.

Se recomienda continuar con las acciones de mejora definidas frente al acompañamiento, asesoría y conceptos en materia de contratación pública, sumado a la actualización del Manual de Contratación, Manual de Supervisión e Interventoría y su respectiva sensibilización. Lo anterior, dado a la dinámica permanente de las normatividad contractual.

Conclusión: Si bien las acciones de mejora se vienen desarrollando, se recomienda no cerrar el riesgo, por el alto impacto que puede tener su materialización. Se puede articular con el riesgo denominado “*Debilidades en la unificación de criterios en materia contractual*”

4.6.3 Riesgo 3: Debilidad en el ejercicio de la supervisión de contratos y convenios ejercida por el área técnica responsable.

Análisis y recomendaciones:

Verificación de acciones de mejora:

1. Adopción del Manual de Supervisión. Se encuentra publicado el Manual de Contratación código: M3-MA-01 versión 03 Vigencia: 10/11/2014. Se hace necesaria una nueva actualización, considerando algunos cambios normativos y metodológicos en materia contractual como la entrada en vigencia de SECOP II.
2. Incluir dentro de las funciones de los grupos de la Dirección de Gestión Contractual el acompañamiento para la ejecución de la supervisión. De acuerdo con el informe de gestión del primer trimestre de 2018, la DIGECO reporta: Durante el primer trimestre del año 2018, la Dirección de Gestión Contractual ha emitido cuatro (4) conceptos jurídicos relacionados con la gestión Contractual de la Entidad, ha dado respuesta a trece (13) derechos de petición y a seis (6) requerimientos provenientes de órganos de control. Esta actividad es permanente.

3. Modificación de la planta de personal y/o contratación de personal a través de contrato de prestación de servicios para apoyar la supervisión. La entidad ha iniciado un proceso de Rediseño Institucional que contempla la modificación de la planta de personal, pero no cuenta aún con la viabilidad técnica (DAFP) ni presupuestal (MinHacienda).

4. Diseño e implementación del procedimiento y de una herramienta para el apoyo y vigilancia en el desarrollo y cumplimiento de la función de supervisión. Documentos publicados:

- MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA, Código: M3-MA-02, Versión 02 del 25/04/2016. Requiere actualización que incorpore la figura de apoyo a la supervisión y nuevas normativas y metodología en materia contractual (LEY 1882 DE 2018, SECOPII)

- Procedimiento LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS, CONVENIOS Y ÓRDENES DE COMPRA Código: M3-PR-10 Versión: 01 Vigencia: 31-08-2016

- Procedimiento NUMERACIÓN, FECHADO Y PUBLICACIÓN EN EL SECOP Código: M3-PR-11 Versión: 01 Vigencia: 31-08-2016

- ADQUISICIONES TIENDA VIRTUAL DEL ESTADO COLOMBIANO, Código: M3-PR-12 Versión: 01 Vigencia: 31-08-2016

Los demás procedimientos son anteriores a la vigencia 2016, por lo que ameritan una revisión y actualización.

Se recomienda actualizar la documentación básica y fundamental del proceso Gestión Contractual: manuales y procedimientos. Teniendo en cuenta que una de las causas hace referencia a la falta de formación en materia de supervisión para los profesionales encargados de ejercerla, se recomienda integrar este riesgo con el denominado "Debilidades en la unificación de criterios en materia contractual."

Conclusión: No procede el cierre del Riesgo.

4.6.4 Riesgo 4: Pérdida de competencia para la generación de la liquidación de contratos y/o convenios.

Análisis y recomendaciones:

Frente a la acción de mejora Incluir en el procedimiento de liquidación de contratos y convenios una actividad de comunicar al área técnica que ejerce la supervisión, la fecha de terminación y el plazo para liquidación, se verifica la documentación del Procedimiento LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS, CONVENIOS Y ÓRDENES DE COMPRA Código: M3-PR-10 Versión: 01 Vigencia: 31-08-2016.

No obstante, según informe de gestión primer trimestre de 2018 de la DIGECO, el estado de las liquidaciones de contratos pendientes es de 157 contratos para las vigencias 2011 a 2017. En informe presentado al Comité Directivo de fecha mayo 31 de 2018, se reporta que 102 contratos no han iniciado el trámite de liquidación.

Las acciones de mejora deben replantearse pues no es suficiente con la documentación del procedimiento de liquidación de contratos. Se debe incluir campañas y acompañamiento a las dependencias, que en la práctica se realiza, generación de alertas por pérdida inminente de competencia y procesos disciplinarios a que haya lugar.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.7 Proceso Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios

4.7.1 Riesgo 1: Incumplimiento de los criterios definidos para la prestación del servicio de alimentación.

Análisis y recomendaciones:

De acuerdo con el informe de auditoría de la Contraloría General de la Republica, el riesgo se encuentra materializado, lo cual se evidencia en los siguientes hallazgos: - H2 2017 Cumplimiento Minuta Patrón de Alimentación (D) En el EPC La Paz-Itagüí - H3 2017 Suministro de alimentos PPL recluida en Estaciones Policía (D) Medellín y Apartadó, el contratista Unión Temporal Suministros y Alimentos 2017, no cumple numeral IX Ficha Técnica, obligaciones - H4 2017 Calidad de alimentos EPMSC Acacias. En total, se formularon 62 hallazgos relacionados con la prestación del servicio de alimentación en los ERON.

Se deben implementar las acciones de mejora suscritas con el ente de control e incrementar y mejorar la interventoría y supervisión a los contratos suscritos para la prestación de este servicio.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.7.2 Riesgo 2: Incumplimiento de las visitas de control al servicio de alimentación en los Establecimientos de Reclusión

Análisis y recomendaciones:

No se presentan avances para las acciones de mejora propuestas para la fecha de corte del informe.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo

4.7.3 Riesgo 3: Incumplimiento de las obligaciones contractuales definidas para la prestación del servicio de salud.

Análisis y recomendaciones:

De acuerdo con el informe de auditoría de la Contraloría General de la Republica, el riesgo se encuentra materializado, lo cual se evidencia en 29 hallazgos identificados durante la vigencia 2017, como los siguientes: H4 2017 Procedimiento para la implementación del Modelo de Atención en Salud a PPL - H11 2017 Pedido de medicamentos En Santa Marta - H14 2017 Suministro medicamentos domiciliario.

Se deben implementar las acciones de mejora suscritas con el ente de control e incrementar y mejorar la interventoría y supervisión a los contratos suscritos para la prestación de este servicio.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.7.4 Riesgo 4: Incumplimiento en los tiempo de la contratación y la entrega de los bienes al cliente

Análisis y recomendaciones:

No se presentan avances para las acciones de mejora propuestas para la fecha de corte del informe.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo

4.8 Proceso Gestión Administrativa y Financiera

4.8.1 Riesgo 1: Demora y/o atraso en desarrollo de los procesos financieros en el sistema SIIF Nación.

Análisis y recomendaciones:

Se recomienda replantear el riesgo pues se enfocó en las deficiencias de la plataforma tecnológica de la entidad (red de datos, servidor) tema que no es del control del proceso Gestión Administrativa y Financiera. Además, estas deficiencias tecnológicas pueden ser más causas para una situación de riesgo asociada al incumplimiento de pagos y otras obligaciones financieras de la Entidad.

Conclusión: el cierre del riesgo no es claro en su descripción y análisis. Se recomienda excluirlo del mapa de riesgos del proceso pues no es de su competencia.

Análisis y recomendaciones:

4.8.2 Riesgo 2: Deficiencia en la ejecución de los recursos e incumplimiento con las obligaciones de la entidad

Análisis y recomendaciones:

Se verifica que se encuentran documentados los procedimientos A1-S4-PR-04 Trámite de Cuentas por Pagar; A1-S4-PR-05 Trámite Obligaciones Presupuestales; A1-S4-PR-07 Constitución Rezago Presupuestal y A1-S4-PR-08 Pago de Impuestos.

No obstante, en el informe de ejecución presupuestal del primer trimestre de la vigencia 2018, la OCI pudo constatar las siguientes situaciones que denotan demoras e incumplimientos en el pago de obligaciones financieras:

- Rezago presupuestal 2017: la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC, al cierre de la vigencia 2017, constituyó rezago presupuestal por valor de \$396.155.740.915, de los cuales \$276.752.056.209,97, corresponden a reservas presupuestales equivalentes al 69.86% y \$119.403.684.705 a cuentas por pagar equivalentes al 30.14% del total del rezago presupuestal.
- Reservas presupuestales: Del total de las reservas constituidas para la vigencia 2018, con corte a marzo 31 de 2018 se han obligado \$45.876.280.335, equivalente solo al 17% del total de las reservas constituidas, con cargo a funcionamiento la suma de \$33.799.305.035 con una ejecución del 51% y por inversión un monto total de \$12.076.975.300, con una ejecución del 6%, del total de las reservas constituidas.
- Ejecución de PAC con corte acumulado a marzo 31 de 2018, se programaron pagos por valor de \$89.030.628.254,97, de los cuales se efectuaron pagos por valor de \$75.459.520.707,09, equivalentes a una ejecución del 84,76% con

respecto a lo programado para el periodo, arrojando como resultado un PAC no utilizado por valor de \$13.571.107.547,88 correspondientes a un 15.24%.

De lo anterior se deduce que el riesgo de incumplimiento de las obligaciones financieras de la Entidad sigue siendo alto, por lo que el riesgo no puede cerrarse dado que las causas identificadas como falta de planeación, análisis de la información, seguimiento y control por parte de las áreas ejecutoras, se mantienen.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.3 Riesgo 3 Pérdida o daño de bienes de propiedad o a cargo de la entidad asignados a los funcionarios o contratista

Análisis y recomendaciones:

Se cuenta con el procedimiento ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y SUMINISTROS, Código: A1-S5-PR-03, Versión 2 del 16/12/2018. Incluye el capítulo sobre Traslado de Bienes para uso de contratistas: entrega y devolución; Reintegro de Bienes; Toma de Inventario.

Formatos: Comprobante de entrada A1-S5-FO-01; Comprobante de salida A1-S5-FO-02; Solicitud suministro de elementos A1-S5-FO-04; Kardex A1-S5-FO-30

No hay evidencias sobre:

- Sensibilización, capacitación o socialización de directrices para la entrega y devolución de bienes asignados.
- Actualización y avalúo de inventarios

Se recomienda establecer un protocolo para la atención de situaciones de pérdida o robo de bienes o activos como nueva acción de mejora.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.4 Riesgo 4: Pérdida del dinero de la Caja Menor fuera de las instalaciones de la entidad.

Análisis y recomendaciones:

La acción de mejora "Solicitar acompañamiento bien sea de la policía o de compañeros de trabajo en el momento de realizar retiros", es de carácter coyuntural y esporádica. Los controles reales radican en la póliza de riesgo financiero y los arqueos de caja.

Con fecha 17 de octubre de 2017, la OCI presenta informe de arqueo de caja menor (memorando I-2017013985 17/10/2017) constituida mediante Resolución 083 del 15 de febrero de 2017 por valor de \$3,535,000. En el informe se concluye:

- Se encuentran constituidas las pólizas de Infidelidad y Riesgo Financiero
- Cumplimiento de los requisitos de legalización
- Cumplimiento de la cláusula de gastos no autorizados
- cambio de firmas y autorizaciones de cuentadante en la cuenta corriente institucional
- Registro de creación del SIIF
- Registro de operaciones
- Reembolsos

Se recomienda evaluar nuevamente la probabilidad del riesgo para analizar si debe continuar o no.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.5 Riesgo 5: Desplazamientos de funcionarios o contratistas sin la debida autorización del ordenador del gasto.

Análisis y recomendaciones:

Se evidencia la documentación del procedimiento VIÁTICOS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO AL INTERIOR DEL PAÍS Código: A1-S5-PR-01 Versión AG22 del 09/09/2016. El procedimiento especifica que:

- Las comisiones o autorizaciones de desplazamiento, deben informarse con anticipación a la Dirección Administrativa y Financiera, para que sean incluidas en el Cronograma de comisiones y desplazamiento al interior del país A1-S5-FO-05

- Toda Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Desplazamiento debe ser radicada ante el Grupo de Gestión Documental con tres (3) de anticipación al inicio del desplazamiento. No se podrá iniciar el desplazamiento a otras ciudades, sin que la comisión o autorización de desplazamiento esté autorizada.

En seguimiento al cumplimiento de las medidas de austeridad en el gasto para los meses enero -abril de 2018 no se han identificado hechos cumplidos por desplazamientos sin previa autorización. No obstante, si se evidenciaron deficiencias en el trámite de legalización y pago de las comisiones lo cual afecta la programación de visitas, cuando esta se ha formulado, lo cual no es de carácter general por parte de las diferentes dependencias que realizan desplazamientos a los diferentes ERON del país.

Es necesario analizar el riesgo actual más como causa de una situación mayor que puede afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales como lo es el retraso o imposibilidad de realizar visitas de seguimiento y supervisión de contratos misionales (infraestructura, Suministro de bienes, prestación de servicios en ERON) por ausencia de programación previa de los desplazamientos (lo que también puede ocasionar sobre costos por la falta de planeación) o retraso en la programación ocasionada por los retrasos en los tiempos de legalización y pago efectivo de comisiones de viaje anteriores. Se recomienda también analizar el retraso o demora en la legalización de los viáticos, como causa asociada a la imposibilidad de realizar visitas de seguimiento y supervisión de contratos misionales

Conclusión: Procede el cierre del riesgo tal como se encuentra definido pero se recomienda un nuevo análisis de la situación descrita.

4.8.6 Riesgo 6: Alteraciones en la programación del PAC por no legalización oportuna

Análisis y recomendaciones:

Se evidencia la documentación del procedimiento VIÁTICOS Y GASTOS DE DESPLAZAMIENTO AL INTERIOR DEL PAÍS Código: A1-S5-PR-01 Versión AG22 del 09/09/2016. El procedimiento especifica que:

- Las comisiones o autorizaciones de desplazamiento, deben informarse con anticipación a la Dirección Administrativa y Financiera, para que sean incluidas en el Cronograma de comisiones y desplazamiento al interior del país A1-S5-FO-05

- Toda Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Desplazamiento debe ser radicada ante el Grupo de Gestión Documental con tres (3) de anticipación al inicio del desplazamiento. No se podrá iniciar el desplazamiento a otras ciudades, sin que la comisión o autorización de desplazamiento esté autorizada.

En seguimiento al cumplimiento de las medidas de austeridad en el gasto para los meses enero -abril de 2018 y reportes de la Subdirección Financiera con corte acumulado a marzo 31 de 2018, se programaron pagos por valor de \$89.030.628.254,97, de los cuales se efectuaron pagos por valor de \$75.459.520.707,09, equivalentes a una ejecución del 84,76% con respecto a lo programado para el periodo, arrojando como resultado un PAC no utilizado por valor de \$13.571.107.547,88 correspondientes a un 15.24%, distribuidas en los siguientes rubros:

- Gastos de personal, pendiente por ejecutar durante el período el 11,13% por valor de \$545.581.513,67.
- Gastos Generales, pendiente por ejecutar durante el período el 42,77% por valor de \$7.115.456.099,73.
- Transferencias- Alimentación, pendiente por ejecutar durante el período el 8.82% por valor de \$5.903.459.933,48.
- Inversión Ordinaria, se dejaron de ejecutar el 1,26% por valor de \$6.610.001.

Se recomienda revisar las acciones de mejora para establecer controles que permitan agilizar el pago efectivo de obligaciones. Integrar con el riesgo denominado Desplazamientos de funcionarios o contratistas sin la debida autorización del ordenador del gasto

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.7 Riesgo 7: Incumplimiento en la implementación de lo dispuesto en el programa de gestión documental de la Entidad

Análisis y recomendaciones:

Se verifica en seguimiento al PM CGR para Hallazgos 17(2012), 12(2013), 15(2015) y 60(2015), la ejecución de las siguientes acciones:

- Revisión y actualización de procedimiento A1S6PR02 Prestamos Consultas de Expedientes Vo1 20/11/2017 y Procedimiento A1S6PR03 Control de Registros V01 13/03/2018
- Documentación asociada: Instructivo A1S6IN01 Criterios Organización Archivos de Gestión V01 22/07/2015 - Formato Único Inventario Documental A1-S6-FO-03 - Formato A1S6FO16 Hoja Control Documentos Contratos - FUID de expedientes contractuales
- Resolución 645 de 2 agosto 2017 Cronograma de actividades 2017
- Acta 948 de 2017 Comité Institucional de Desarrollo Administrativo- Programa de gestión Documental 2018

Se recomienda mantener el riesgo e incluir acciones de mejora relacionadas con la sensibilización de la gestión documental, ejecución del PGD anual, capacitaciones y elaboración de FUID por dependencias, Revisión de TRD, actualización de TVD y ejecución del PINAR.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.8 Riesgo 8: Entrega tardía o errada de los documentos recibidos a través de la ventanilla única y radicados al interior de la Entidad.

Análisis y recomendaciones:

En el informe de gestión 2017 de la Dirección Administrativa y Financiera, se precisa frente a la gestión de correspondencia la siguiente dificultad:

"Por parte del Grupo de Gestión Documental, se evidenció inconsistencia en el registro de comunicaciones oficiales internas y externas en el INFODOC, toda vez que no todas las comunicaciones se registran. De otra parte los servidores públicos en general, utilizan los formatos institucionales (memorandos internos), para efectuar solicitudes de carácter personal, documento que es autorizado por los Directores, Subdirectores, y Jefes e Oficina; por lo tanto, esta situación conlleva a realizar una acción correctiva, realizando el proyecto Circular para la firma del Sr. Director "Directrices para el trámite e correspondencia".

La OCI en el reporte de verificación cumplimiento uso software legal en la USPEC – vigencia 2017, de terminó como observación: "1. Dentro de la relación inicial entregada por la Oficina de Tecnología no se encontró el aplicativo INFODOC, herramienta que fue adquirida por la USPEC como parte de los productos entregables del contrato 289 de 2014; debido a ello, se realizó visita de verificación al grupo Gestión Documental y se solicitó a la Dirección de Gestión Contractual las carpetas del expediente contractual. En esta verificación no se evidenció la licencia del software, el cual se encuentra en funcionamiento desde el 2016 y hace parte del uso diario de correspondencia de la Entidad".

Se recomienda replantear el análisis de causa y acciones de mejora encaminadas a: explorar una mejor solución informática para la gestión de correspondencia y PQRD, capacitaciones en PQRD, políticas de operación para la gestión de correspondencia y archivo, estadísticas de gestión de correspondencia y su posterior análisis y evaluación.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.8.9 Riesgo 9: Pérdida, extravío, deterioro y desorganización de la documentación que conforma el archivo de la Entidad.

Análisis y recomendaciones:

Se verifica en seguimiento al PM CGR para Hallazgos 17(2012), 12(2013), 15(2015) y 60(2015), la ejecución de las siguientes acciones:

- Revisión y actualización de procedimiento A1S6PR02 Prestamos Consultas de Expedientes Vo1 20/11/2017 y Procedimiento A1S6PR03 Control de Registros V01 13/03/2018
- Documentación asociada: Instructivo A1S6IN01 Criterios Organización Archivos de Gestión V01 22/07/2015 - Formato Único Inventario Documental A1-S6-FO-03 - Formato A1S6FO16 Hoja Control Documentos Contratos - FUID de expedientes contractuales
- Resolución 645 de 2 agosto 2017 Cronograma de actividades 2017
- Acta 948 de 2017 Comité Institucional de Desarrollo Administrativo- Programa de gestión Documental 2018

En el informe de gestión 2017 de la Dirección Administrativa y Financiera, se precisa frente a la gestión de correspondencia la siguiente dificultad:

"Por parte del Grupo de Gestión Documental, se evidenció inconsistencia en el registro de comunicaciones oficiales internas y externas en el INFODOC, toda vez que no todas las comunicaciones se registran. De otra parte los servidores públicos en general, utilizan los formatos institucionales (memorandos internos), para efectuar solicitudes

de carácter personal, documento que es autorizado por los Directores, Subdirectores, y Jefes e Oficina; por lo tanto, esta situación conlleva a realizar una acción correctiva, realizando el proyecto Circular para la firma del Sr. Director "Directrices para el trámite e correspondencia".

La OCI en el reporte de verificación cumplimiento uso software legal en la USPEC – vigencia 2017, de terminó como observación: "1. Dentro de la relación inicial entregada por la Oficina de Tecnología no se encontró el aplicativo INFODOC, herramienta que fue adquirida por la USPEC como parte de los productos entregables del contrato 289 de 2014; debido a ello, se realizó visita de verificación al grupo Gestión Documental y se solicitó a la Dirección de Gestión Contractual las carpetas del expediente contractual. En esta verificación no se evidenció la licencia del software, el cual se encuentra en funcionamiento desde el 2016 y hace parte del uso diario de correspondencia de la Entidad".

Se recomienda articular con el riesgo anterior denominado Entrega tardía o errada de los documentos recibidos a través de la ventanilla única y radicados al interior de la Entidad, en uno orientado hacia la vulnerabilidad del archivo y la memoria institucional. Replantear el análisis de causa y acciones de mejora encaminadas a: explorar una mejor solución informática para la gestión de correspondencia y PQRD, capacitaciones en PQRD, políticas de operación para la gestión de correspondencia y archivo, estadísticas de gestión de correspondencia y su posterior análisis y evaluación.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.9 Proceso Gestión Jurídica

4.9.1 Riesgo 1: Vencimiento de términos

Análisis y recomendaciones:

La oficina jurídica reporta el acta de reunión y capacitación efectuada por la Dirección General y Dirección Logística en materia de salud para los funcionarios de la Oficina asesora Jurídica sobre la implementación del modelo de salud para la PPL a cargo del INPEC y la base de datos que contiene la información de las tutelas notificadas a la USPEC, la que contiene entre otra información, la contabilización de los términos para dar respuesta a las mismas.

Si bien las acciones de mejora se han ejecutado y no se materializado el riesgo, se recomienda continuar con las acciones de mejora y definir otras complementarias, dado el alto impacto del riesgo para la entidad. Además se debe extender su alcance a otros procesos jurídicos: tutelas, acciones populares, órdenes de desacato, etc., que deben ser de inmediata atención y gestión.

Conclusión: Puede proceder el cierre del riesgo pero se recomienda su continuación dado su impacto en la gestión institucional.

4.10 Proceso Gestión de las tecnologías de la Información

4.10.1 Riesgo 1: Interrupción de acceso a recursos tecnológicos

Análisis y recomendaciones:

Sobre la acción de mejora "Diseñar y enviar tips para el adecuado uso de recursos tecnológicos", en los primeros meses de 5 meses de la vigencia 2018, se reportan la publicación de los siguientes tips informáticos.

- Cómo detectar el Pishing y Sugerencias para evitar ser víctima del Pishing
- Directrices para mejorar el servicio de los escritorios virtuales
- Mantenimiento centro de cómputo
- Socialización de la política de gobierno digital
- Buen uso del correo electrónico institucional

Documentar el uso de la herramienta que controla el acceso a la red. (Alienvault). En enero de 2017 la OTEC reporta la configuración de la herramienta AlienVault con el fin de que almacene la información procedente de los eventos que se generan en los equipos que soportan la infraestructura tecnológica de USPEC. Mediante memorando I-2018-006019 de 23 de mayo 2018, el jefe de la OTEC solicita auditoría para los siguientes temas: plan de capacidad de los servicios TI, soporte y mantenimiento de servicios tecnológicos, continuidad y disponibilidad de los servicios tecnológicos, lo cual expresa las dificultades en estos temas.

No obstante lo anterior, la inestabilidad de la plataforma tecnológica de la USPEC genera interrupciones frecuentes en los escritorios virtuales y se ha detectado la insuficiencia de los recursos de almacenamiento de datos. Esto debido en parte, al incremento de usuarios y las limitaciones de la actual infraestructura tecnológica.

Las acciones de mejora deben replantearse dado que las definidas se han ejecutado pero no han sido efectivas para mitigar el riesgo, el cual se ha materializado. Las acciones deben enfocarse en soluciones de corto, mediano y largo plazo, desde la sensibilización del uso de recursos tecnológicos, la depuración de información no institucional o duplicada, la definición de perfiles de usuarios, el uso de nuevos recursos tecnológicos adquiridos o de uso libre, el monitoreo y estadísticas de mantenimiento preventivo, hasta la formulación de un proyecto de inversión o funcionamiento para el fortalecimiento tecnológico de la Entidad.

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

4.10.2 Riesgo 2: Incumplimiento en la aplicación de normatividad y lineamientos en materia de tecnología.

Análisis y recomendaciones:

En enero de 2017 la OTEC reporta cumplimiento de las acciones de mejora así.

1. Capacitaciones a los funcionarios: dos capacitaciones en GEL y normatividad tecnológica
2. Revisiones periódicas del plan de trabajo: seguimiento al cronograma GEL

En el marco de la Evaluación de Dependencias para la vigencia 2017, la OCI pudo contratar en la meta Implementar el cronograma de la estrategia GEL., un cumplimiento del 65% para los 4 componentes y 56 actividades definidas ya que solo 36 se cumplieron en la vigencia y 20 quedaron pendientes. (Información suministrada por la OTEC, correo electrónico de 20 de febrero de 2018).

Por otra parte, a la fecha no se ha finalizado la actualización del PETI

Conclusión: No procede el cierre del riesgo

4.11 Gestión de la Evaluación Institucional

4.11.1 Riesgo 1: Informes de auditoría no ajustados a las normas y procesos de auditoría

Análisis y recomendaciones:

Se verifica la ejecución de las acciones de mejora:

- Estandarización de procedimiento auditoría interna E1-PR-01
- Formatos: Programa de Auditoría, Plan de Auditoría, Lista de Verificación, Informe de Auditoría
- Para la vigencia 2017 se desarrolló programa de auditoría aprobado por Comité de Coordinación de Control Interno (acta 730 de 19/11/2017) y se presentó informe de auditoría líderes responsables de procesos (memorando I-2018-000399 de 24/01/2018)
- Para la vigencia 2018 se presenta Programa de Auditoría aprobado por Comité de Coordinación de Control interno (Acta y sesión de 04/04/2018)
- Capacitaciones internas en auditoría de control interno y externa en ISO 9001:2015 (Marzo de 2018)

Se recomienda formular Estatuto y Código de Auditoría (Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.8) y se recomienda establecer evaluación de auditores internos (autoevaluación, evaluación del líder de auditoría y auditado).

Conclusión: No procede el cierre del riesgo.

5. CUADRO CONSOLIDADO DE RESULTADOS

PROCESO	RIESGO	EJECUTADO	CIERRE	OBSERVACIÓN
Evaluación de la Gestión Institucional	Informes de auditoría no ajustados a las normas y procesos de auditoría	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
Gestión Estratégica Organizacional	Fallas en la operación del Sistema Integrado de Gestión Institucional	SI	NO	Articular con el riesgo relacionado y de mayor alcance
	No logro de los objetivos estratégicos	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Deficiencias en la planeación y programación de la ejecución presupuestal	SI	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Formulación estratégica inadecuada para la entidad	SI	SI	Puede integrarse como causa con riesgo de mayor alcance
	Ineficiente ejecución de los recursos	SI	NO	Puede integrarse como causa con riesgo de mayor alcance
	Incumplimiento de las Metas Institucionales	SI	NO	Articular con el riesgo relacionado y de mayor alcance
Investigación y Aprendizaje para la Gestión Penitenciaria	Dificultad para el desarrollo de las investigaciones Penitenciarias y Carcelarias	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Problemas de identificación clara de estudios y de alternativas de solución a problemas	NO	NO	Articular con el riesgo relacionado y de mayor alcance
	Pérdida de la memoria Institucional con relación a las investigaciones desarrolladas en la gestión Penitenciaria y Carcelaria	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
Gestión Interinstitucional	Gestión y no logro de los recursos	NO	No	No se presentaron evidencias
	Logro y no ejecución de los recursos	NO	NO	No se presentaron evidencias
	Demora en el diseño y publicación de la información, para los públicos internos y externos.	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora

PROCESO	RIESGO	EJECUTADO	CIERRE	OBSERVACIÓN
Gestión de la Comunicación Institucional	Generación de información e imagen errónea a cerca de la Gestión Institucional	SI	SI	Dado su impacto, se recomienda mantenerlo dentro del mapa de riesgos del proceso
Gestión de la Infraestructura	Retraso e Incumplimiento en la entrega de las obras contratadas para el mantenimiento a la infraestructura y en la entrega de cupos penitenciarios	NO	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Oposición de las comunidades ante la construcción de nuevos Establecimientos Penitenciarios cerca de su entorno, impide la ejecución de nuevos proyectos	SI	NO	Evidencias incompletas
Gestión Contractual	Debilidades en la unificación de criterios en materia contractual	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Debilidad en la estructuración y revisión de los documentos previos	SI	SI	Articular con el riesgo relacionado y de mayor alcance
	Debilidad en el ejercicio de la supervisión de contratos y convenios ejercida por el área técnica responsable.	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Pérdida de competencia para la generación de la liquidación de contratos y/o convenios	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios	Incumplimiento de los criterios definidos para la prestación del servicio de alimentación	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Incumplimiento de las visitas de control al servicio de alimentación en los Establecimientos de Reclusión	SI	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Incumplimiento de las obligaciones contractuales definidas para la prestación del servicio de salud.	NO	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Incumplimiento en los tiempo de la contratación y la entrega de los bienes al cliente	NO	NO	No se presentaron evidencias
	Demora y/o atraso en desarrollo de los procesos financieros en el sistema SIIF Nación	SI	EXCEPCIÓN	Excluir del mapa de riesgos del proceso al no ser de su competencia.

PROCESO	RIESGO	EJECUTADO	CIERRE	OBSERVACIÓN
Gestión Administrativa y Financiera	Deficiencia en la ejecución de los recursos e incumplimiento con las obligaciones de la entidad	SI	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Pérdida o daño de bienes de propiedad o a cargo de la entidad asignados a los funcionarios o contratista	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Pérdida del dinero de la Caja Menor fuera de las instalaciones de la entidad	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Desplazamientos de funcionarios o contratistas sin la debida autorización del ordenador del gasto.	SI	SI	Reformulación del riesgo orientado hacia la legalización de viáticos
	Alteraciones en la programación del PAC por no legalización oportuna	SI	NO	Materialización del riesgo. Debe reformularse acciones de mejora
	Incumplimiento en la implementación de lo dispuesto en el programa de gestión documental de la Entidad	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Entrega tardía o errada de los documentos recibidos a través de la ventanilla única y radicados al interior de la Entidad.	NO	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Pérdida, extravío, deterioro y desorganización de la documentación que conforma el archivo de la Entidad.	NO	NO	Articular con el riesgo relacionado y de mayor alcance
Gestión Jurídica	Vencimiento de términos	SI	SI	Dado su impacto, se recomienda mantenerlo dentro del mapa de riesgos del proceso
Gestión de las tecnologías de la Información	Interrupción de acceso a recursos tecnológicos	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora
	Incumplimiento en la aplicación de normatividad y lineamientos en materia de tecnología	SI	NO	Reformulación del riesgo (causas y consecuencias) y de acciones de mejora