

MEMORANDO

Para: CESAR ANDRES RESTREPO FLOREZ
DESPACHO SECRETARIO DE SEGURIDAD

De: OFICINA DE CONTROL INTERNO

Asunto: INFORME DE SEGUIMIENTO A CONTROLES ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE GESTIÓN III TRIMESTRE 2025.

Cordial saludo, Dr. Restrepo Florez:

En cumplimiento del Decreto 648 de 2017, en desarrollo del Plan Anual de Auditoria vigencia 2025, la Oficina de Control Interno presenta el Informe de seguimiento a controles asociados a los riesgos por Procesos correspondiente a tercer trimestre 2025.

Como resultado del seguimiento y de manera general, se presentan las principales conclusiones:

- Los riesgos por proceso se administraron en la Entidad durante el tercer trimestre 2025, con la versión de la Matriz General V37-2025. Desde la OAP se realizó la publicación en la página web, reportando 68 riesgos de gestión administrados con 119 controles (7 correctivos, 7 detectivos, 105 preventivos). La Oficina Asesora de Planeación comunicó la actualización de la Matriz General de Riesgos de Gestión - F- FI-1382 V38, con vigencia a partir del 01 de octubre de 2025.
- El análisis entre las versiones V37 y V38 de la Matriz de Riesgos evidenció variaciones en 6 procesos, las cuales no fueron reportadas de manera completa por la OAP, generando diferencias frente a lo verificado por la Oficina de Control Interno, la cual, encontró 18 controles actualizados y 12 inactivos. Se identificaron ajustes sin referenciar, riesgos indebidamente clasificados como inactivos y un error en el cruce de la información publicada, que posteriormente fue corregida.

A su vez, se verificaron las modificaciones realizadas en los riesgos R1AR y R2SM, así como la incorporación de nuevos controles y se concluye que cumplen con los criterios definidos en la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 V.4.

- Persisten debilidades significativas en la ejecución y el reporte de controles. Durante el tercer trimestre de 2025 se evidenció que el nivel de controles con inconsistencias en los soportes

remitidos por los procesos responsables (1LD) incrementó, pasando de un 5% (6 controles) en el trimestre anterior al 15% (18 controles) en el periodo de este seguimiento. Las principales debilidades se relacionan con aspectos de completitud, pertinencia, calidad, actualización y trazabilidad de las evidencias. Estas falencias limitan la capacidad para verificar la ejecución efectiva de los controles y aumentan la vulnerabilidad de la Entidad frente a la materialización de riesgos de gestión.

- La Oficina Asesora de Planeación informa que no se reportaron materializaciones de riesgo, sin embargo, la Oficina de Control Interno informa que, en los resultados de la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, específicamente con lo relacionado a la materialización del riesgo R1GD, se evidenció que existen vulnerabilidades aún no mitigadas que requieren acciones correctivas urgentes.

A partir de los resultados del seguimiento realizado, se requiere formular Plan de mejoramiento, de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento *"Plan de Mejoramiento Interno PD-SM-4"*.

Es preciso informar que, el documento y anexo serán publicados en el botón: Transparencia – Planeación, Presupuesto e Informes - Informes de la oficina de control interno <https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/informes-control-interno>

Esta oficina queda atenta a recibir las inquietudes o comentarios que puedan surgir al respecto.

Cordialmente,



KAROL ANDREA PARRAGA HACHE
JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO

c.c.e.: IVAN HERSAYN PINILLA HERRERA-DIRECCION DE TECNOLOGIAS Y SISTEMAS DE LA INFORMACION
OSCAR ALBERTO PORRAS MURCIA-EQUIPO ATENCION AL CIUDADANO
RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO-DIRECCION DE RECURSOS FISICOS Y GESTION DOCUMENTAL
JULIAN PONTON SILVA-OFICINA ASESORA DE PLANEACION
PAOLA ANDREA CHACON TELLEZ-OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES
HECTOR ARMANDO OSPINA OSPINA-OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO

JUAN FELIPE CAMPOS CONTRERAS-OFCINA DE ANÁLISIS DE INFORMACION Y ESTUDIOS ESTRATEGICOS
ADA LUZ SANDOVAL HERAZO-OFCINA CENTRO COMANDO, CONTROL, COMUNICACIONES Y COMPUTO C-4
ALBERTO SANCHEZ GALEANO-SUBSECRETARIA DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA
ALEJANDRO REYES LOZANO-DIRECCION DE PREVENCION Y CULTURA CIUDADANA
HASBLEIDY BOHORQUEZ PUERTO-DIRECCION DE SEGURIDAD
LINA MARIA TORO TAMAYO.-SUBSECRETARIA DE ACCESO A LA JUSTICIA
KATHERINE PAOLA HERRERA MORENO-DIRECCION DE ACCESO A LA JUSTICIA
IVAN ARTURO TORRES ARANGUREN-DIRECCION DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE
NATALIA ROMAN DUQUE-SUBSECRETARIA DE INVERSIONES Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES
OPERATIVAS
CLAUDIA PATRICIA ALMEIDA CASTILLO-DIRECCION TECNICA
ANDREA ELIZABETH ZAMBRANO CABRERA-DIRECCION DE OPERACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO
RICHARD OSVALDO GONZALEZ VERA-DIRECCION DE BIENES PARA LA SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y ACCESO A
LA JUSTICIA
REINALDO RUIZ SOLORZANO-SUBSECRETARIA DE GESTION INSTITUCIONAL
VILMA PATRICIA FERREIRA LUGO-DIRECCION DE GESTION HUMANA
ANA MARIA MORENO GARCIA-DIRECCION JURIDICA Y CONTRACTUAL
DEIDER MAURICIO MENGUAL PATERNINA-DIRECCION FINANCIERA
CT (RP) ADRIANA PATRICIA HERNANDEZ MARIN-DIRECCION CARCEL DISTRITAL
MAURICIO MOSQUERA GOMEZ-DIRECCION DEL CENTRO ESPECIAL DE RECLUSION

Anexos: -1

Elaboró: ANDREA DEL PILAR ALEJO RUIZ
Revisó: ANDREA DEL PILAR ALEJO RUIZ-OFCINA DE CONTROL INTERNO -
Aprobó: KAROL ANDREA PARRAGA HACHE

Informe de Seguimiento a Controles Asociados a los Riesgos de Gestión III Trimestre 2025.

Oficina de Control Interno



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SEGURIDAD, CONVIVENCIA
Y JUSTICIA

BOGOTÁ



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. METODOLOGÍA.....	3
4. RESULTADOS	4
4.1. Verificación e Identificación de cambios Matriz V38.....	4
Oportunidad de Mejora/Alertamiento Preventivo: Implementar herramientas que garanticen la verificación y control de los cambios en el versionamiento del formato “F- FI-1382 Riesgos de Gestión - Matriz General”.	5
4.2. Riesgos por Procesos.....	6
4.2.1. Evaluación de la estructuración y clasificación de los riesgos identificados en la Matriz de riesgos por proceso.	6
4.2.2. Evaluación de la solidez en el diseño de controles de los riesgos identificados en la Matriz General de Riesgos por Proceso F-FI-1382.....	8
4.2.3. Valoración de la ejecución de controles de riesgos por proceso.....	8
Observación N° 01: Debilidades en el reporte y monitoreo de la documentación aportada como soporte de la ejecución de 18 controles diseñados para la administración de 12 riesgos de gestión – III Trimestre 2025.	13
4.3. Materialización de los riesgos	14
4.4. Efectividad	14
5. CONCLUSIONES.....	15
6. RECOMENDACIONES.....	16

1. OBJETIVO

Evaluar la adecuada estructuración de los riesgos por proceso creados durante el periodo de seguimiento y la aplicación de los controles diseñados para la administración de los riesgos de gestión, en el marco de la Política de Administración de Riesgos, código PO-FI-02-V3, vigente en la entidad y formalizada en el Portal MIPG desde el 7 de julio de 2025.

2. ALCANCE

El seguimiento incluye la evaluación del cumplimiento de las actividades y soportes comunicados por los procesos responsables como primera Línea de Defensa ante la Segunda Línea de Defensa, durante el tercer trimestre de 2025, respecto a los riesgos identificados, así como la ejecución de los controles y soportes establecidos en la Matriz General de Riesgos de Gestión, código F-FI-1382 versión 37.

Adicionalmente, se verifica la estructura de la identificación de los riesgos y el diseño de nuevos controles en la versión 38 de la matriz mencionada, en concordancia con lo informado por la OAP a través de memorando **3-2025-42817** del 29/10/2025, respecto al versionamiento de la matriz con fecha de publicación 29/10/2025 que entró en vigor a partir del 01 de octubre del presente año. Lo anterior, con el fin de efectuar de manera preventiva las recomendaciones a que haya lugar.

3. METODOLOGÍA

Para realizar la evaluación de la administración de riesgos de la Entidad, siguiendo las pautas establecidas en la Política de Administración de Riesgos, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- La Oficina de Control Interno, en su rol de tercera línea de defensa (3LD), informó a la Oficina Asesora de Planeación (OAP) el inicio del seguimiento que realizaría la Oficina de Control Interno (OCI), a través del radicado 3-2025-11012 del 18 de marzo de 2025, de acuerdo con las fechas iniciales fijadas en el Plan Anual de Auditoría 2025. Igualmente, el 28 de octubre se envió correo electrónico para recordar las fechas de entrega de insumos para el corte tercer trimestre 2025.
- La OAP, en cumplimiento de los términos establecidos, allegó mediante radicado **3-2025-42817** del 29/10/2025, el "*INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO - III TRIMESTRE 2025*", en el que se vincula el documento "F- FI-1382 Riesgos de Gestión - Matriz General V37-2025", junto con el enlace a SharePoint de la Oficina Asesora de Planeación, donde se encuentran las evidencias administradas por la OAP y proporcionadas por la primera línea de defensa (1LD), datos que fueron verificados en su totalidad.
- Se identificaron los cambios efectuados en los riesgos y controles registrados en la matriz V38 respecto a la matriz V37. En la valoración de la estructura de los riesgos de gestión, se consideraron los criterios expuestos en la "*Guía de Administración de Riesgos*", código G-FI-04 V. 4, punto 9. 5: "*Etapa 5: Estructuración del riesgo*". Al igual que para la estructura de los controles, se llevó a cabo conforme al punto 11.7.1 Estructura de Controles.

Tipo de Control	Implementación	Responsable	¿Responsable con autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	Periodicidad	Propósito	¿Se contemplan desviaciones?
Preventivo:25	Automático: 25	Asignado: 10	Adecuado: 10	Oportuna: 10	Si: 10	Si: 10
Detectivo:15	Manual: 15	No asignado: 0	No adecuado: 0	Inoportuna: 0	No: 0	No: 0
Correctivo:10						

Tabla N° 1. Fuente: G-FI-04 V.4 – Guía de Administración de Riesgos SCSDJ y Anexo 01- Evaluación Riesgos Tercer Trimestre 2025

- Finalmente, para la valoración de la ejecución de controles referenciados en la Matriz V37, se tuvieron en cuenta los criterios establecidos el numeral 11.8.1. “Evaluación de Ejecución del Control”, estos son:

Rango de calificación del control	Peso de la ejecución del control
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
Moderado	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable

Tabla N° 2. Fuente: G-FI-04 V.4 – Guía de Administración de Riesgos SCSDJ y Anexo 01- Evaluación Riesgos Tercer Trimestre 2025

4. RESULTADOS

4.1. Verificación e Identificación de cambios Matriz V38

Con base en la Matriz V38 publicada en la página web de la entidad, la cual entró en vigencia el 01 de octubre de 2025, se identificaron variaciones en los riesgos y/o controles asociados a 6 procesos, respecto a la Matriz V37. Es importante mencionar que la totalidad de las variaciones no fue reportada en el Informe de seguimiento emitido por la OAP.

Como resultado del análisis realizado por esta Oficina, se evidenció lo siguiente:

Proceso	Actualizado	Inactivado	Nuevo	Resultado de la verificación OCI
Atención y Relación con el Ciudadano	R1AR - C1 R1AR- C2	R1AR-C2 R2AR -C1		Ajuste no referenciado por la OAP en el Informe.
Evaluación al Sistema de Control Interno	R1SM-C1 R2SM-C1 y C2	R1SM-C2	R2SM-C3	Se observa diferencia con relación a lo reportado por la OAP, toda vez que no se indica que hubo una actualización de los riesgos, pero los mismos fueron actualizados.
Gestión de Seguridad y Convivencia	R1GS-C1 y C2 R4GS- C1 y C2	R2GS-C1 R3GS- C1	No aplica	Se observa diferencia con relación a lo reportado por la OAP, toda vez que fueron clasificados como inactivo, sin

Proceso	Actualizado	Inactivado	Nuevo	Resultado de la verificación OCI
				embargo, fueron sujetos a actualización. Lo anterior fue confirmado en mesa de trabajo con la profesional OAP encargada.
Gestión de Tecnología de Información	R1GT - C1 R2GT - C1 R3GT - C1 y C2 R4GT - C1 R5GT - C5 (se identifica como C1 en Matriz V38) R6GT - C1 R7GT - C1	R3GT - C3 R4GT - C2 R5GT - C1, C2, C3, C4 y C6	No aplica	Se observa coincidencia con relación a lo reportado por la OAP.
Gestión y Análisis de Información	R1GI - C2	R1GI - C1	No aplica	Se observa coincidencia con relación a lo reportado por la OAP.

Tabla N°. 3. Elaboración propia Fuente: Información aportada OAP memorando 3-2025-42817 – Mesa de trabajo OAP de fecha 26/11/2025.

Adicional a lo mencionado en la tabla anterior, la OCI identificó que el riesgo con código **R2FI** del proceso *Fortalecimiento Institucional*, se encontraba inactivo, sin embargo, en mesa de trabajo con la OAP, se aclaró que dicho ajuste no correspondía a inactivación del riesgo sino a un error en la información publicada, por lo cual, se informó a esta Oficina que se daría alcance a la publicación con la matriz ajustada. A la fecha de emisión de este informe, la Oficina de Control Interno verificó en la página web de la entidad, encontrando publicada la subsanación correspondiente.

Ahora bien, esta Oficina procedió a analizar la estructura de los ajustes a los riesgos R1AR y R2SM concluyendo que estos fueron identificados de manera adecuada, conforme a los lineamientos establecidos en la *Guía de Administración de Riesgos*, código G-FI-04 V.4, específicamente en el ítem 11.5, “*Etapa 5: Estructura de Redacción*”. De igual manera, se encontró concordancia respecto a los nuevos controles diseñados (R1AR- C2, R2SM-C3) en la Matriz V38.

Oportunidad de Mejora/Alertamiento Preventivo: Implementar herramientas que garanticen la verificación y control de los cambios en el versionamiento del formato “F- FI-1382 Riesgos de Gestión - Matriz General”.

Se recomienda implementar una herramienta o procedimiento estandarizado que registre de manera detallada las modificaciones, con comparativos entre versiones, para asegurar transparencia, integridad y disponibilidad de la información en procesos de gestión de riesgos, auditorías y evaluación de controles. Lo anterior, teniendo en cuenta que se evidenció la falta de un mecanismo que permita garantizar la trazabilidad completa de las modificaciones realizadas en la matriz, incluyendo la identificación clara de los cambios entre versiones (inactivaciones, actualizaciones y nuevos riesgos o controles).

4.2. Riesgos por Procesos.

4.2.1. Evaluación de la estructuración y clasificación de los riesgos identificados en la Matriz de riesgos por proceso.

La Matriz de Riesgos por Proceso V37, objeto de seguimiento para el III trimestre de 2025, registra un total de 68 riesgos activos y 119 controles, clasificados por procesos así:

Tipo de Proceso	Proceso	Cantidad de Riesgos		No. de Control	Total controles por proceso
ESTRATÉGICOS	1. Direccionamiento Estratégico (DE)	R1	1	C1	2
		R2	1	C1	
	2. Gestión de Comunicaciones Estratégicas (GC)	R1	1	C1 - C2-C3-C4	4
	3. Fortalecimiento Institucional (FI)	R2	2	C1 - C2-C3-C4-C5	6
		R3		C1	
	4. Gestión Estratégica del Talento Humano (GH)	R1	4	C1-C2	5
		R2		C1	
		R3		C1	
		R4		C1	
	5. Gestión y Análisis de la Información (GI)	R1	1	C1 - C2	2
	6. Gestión del Conocimiento y la Innovación Pública (GCI)	R1	1	C1	1
	7. Atención y Relación con el Ciudadano (AR)	R1	1	C1 - -C2	3
R2		1	C1		
8. Gestión de Tecnología de la Información (GT)	R1	7	C1	15	
	R2		C1		
	R3		C1 - C2-C3		
	R4		C1 - C2		
	R5		C1 - C2-C3-C4-C5-C6		
	R6		C1		
	R7		C1		
MISIONALES	9. Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias (GTS)	R1	2	C1	5
		R2		C1 - C2-C3-C4	
	10. Gestión de Seguridad y Convivencia (GS)	R1	4	C1 - C2	6
		R2		C1	
		R3		C1	
		R4		C1 - C2	
	11. Gestión de Emergencia (GE)	R1	3	C1 - C2	7
		R2		C1 - C2-C3-C4	
		R3		C1	
	12. Administración de Bienes Muebles e inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas (AB)	R1	5	C1	8
		R2		C1	
		R3		C1 - C2	

Tipo de Proceso	Proceso	Cantidad de Riesgos		No. de Control	Total controles por proceso
		R4		C1 - C2	
		R5		C1 - C2	
	13. Acceso y Fortalecimiento a la Justicia (AJ)	R1	6	C1 - C2-C3	14
		R2		C1 - C2-C3	
		R3		C1 - C2-C3-C4	
		R4		C1 - C2	
		R5		C1	
		R6		C1	
	14. Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad - PPL- (GIP)	R1	14	C1	17
		R2		C1	
		R3		C1	
		R4		C1 - C2	
		R5		C1	
		R6		C1	
R7		C1			
R8		C1			
R9		C1			
R10		C1			
R11		C1 - C2			
R12		C1			
R13		C1			
R14		C1 - C2			
APOYO	15. Gestión Documental (GD)	R1	1	C1 - C2-C3	3
	16. Gestión Contractual (GC)	R1	5	C1 - C2	7
		R2		C1	
		R3		C1	
		R4		C1 - C2	
		R5		C1	
	17. Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad (GRF)	R1	1	C1 - C2-C3	3
18. Gestión Financiera (GF)	R1	3	C1 - C2	4	
	R2		C1		
	R3		C1		
19. Gestión Jurídica (GJ)	R1	1	C1 - C2	2	
SEGUIMIENTO	20. Evaluación al Sistema de Control Interno (SM)	R1	2	C1 - C2	4
		R2		C1 - C2	
	21. Control Interno Disciplinario (CID)	R1	1	C1	1
Totales		68		119	

Tabla N°. 4. Resumen Matriz de riesgos por proceso V37 – 2025. Fuente: Informe Seguimiento a Controles asociados a los riesgos de gestión II Trimestre 2025

Ahora bien, con relación a la estructuración y clasificación de los riesgos identificados en la Matriz de Riesgos por Proceso V37, la cual será objeto de verificación en el presente seguimiento, se efectuó la revisión correspondiente, sin encontrarse diferencias frente a la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno durante el seguimiento del II trimestre de 2025 para esta misma matriz.

4.2.2. Evaluación de la solidez en el diseño de controles de los riesgos identificados en la Matriz General de Riesgos por Proceso F-FI-1382.

Teniendo en cuenta la tabla número 1 del presente informe, esta oficina realizó la verificación de la **Matriz V37** con relación al diseño de 119 controles asociados a 68 riesgos identificados para los 21 procesos de la Entidad, encontrando coincidencia con el resultado arrojado para el II trimestre, así:

Solidez individual FUERTE	Solidez individual MODERADO	Solidez individual DÉBIL
La entidad carece de controles considerados "Fuertes", dado que ninguno de los 118 controles asociados a los riesgos de gestión está automatizado.	Se establecieron en la categoría "Moderado", 105 de los controles implementados, debido a que su realización se lleva a cabo de forma manual.	De los controles implementados para los riesgos por proceso, 14 se clasificaron como "Débiles"; 7 de estos se clasifican como "Correctivo" y 7 como "Detectivo".

Tabla N°. 5. Fuente: Informe Evaluación ejecución controles asociados a riesgos II trimestre de 2025 – OCI – SDSCJ.

4.2.3. Valoración de la ejecución de controles de riesgos por proceso.

Con base en los criterios definidos (Completa: 10; Incompleta: 5; No existe o no corresponde al control: 0), se realizó la evaluación del 100% de los controles establecidos en la matriz general Matriz General de Riesgos por Proceso F-FI-1382 V37, verificando la evidencia (soportes) proporcionada por los procesos (1LD) y objeto de monitoreo por parte de la Oficina de Asesora de Planeación (2LD). Los resultados obtenidos se presentan a continuación:



Gráfica N° 1. Elaboración propia. Fuente: Matriz de riesgos por procesoV37 – 2025 y Anexo 01- Evaluación Riesgos tercer trimestre 2025

Respecto a lo anterior, se observó que la cantidad de novedades asociadas a la ejecución de los controles varió en relación con el primer, segundo y tercer trimestre del 2025, así:

Criterio/Periodo	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	Diferencia II – I Trimestre	Diferencia III - II Trimestre
Completa	91	96	87	5	-9
Incompleta	13	5	17	-8	12
No se aporta, o no corresponde a la establecida en el control	1	1	1	0	0
No ejecutado para el período evaluado (por periodicidad)	13	17	13	4	-4

Tabla N°6. Elaboración Propia. Fuente: Matriz de riesgos por procesoV37 – 2025 - Anexo 01- Evaluación Riesgos Tercer Trimestre 2025

Si bien durante la vigencia 2025 la OAP ha establecido planes de mejoramiento orientados a subsanar observaciones previas, durante el tercer trimestre del año 2025 se evidenció un incremento en las novedades relacionadas con la completitud, pertinencia y calidad de las evidencias que soportan la ejecución de los controles. Este comportamiento podría ser indicativo de ineffectividad de los planes formulados para atender las recomendaciones emitidas por esta oficina en seguimientos anteriores.

A continuación, se presenta el detalle de los 18 controles (15% del total de los controles) para los cuales se identificaron novedades en las evidencias aportadas y que fueron calificadas como "Moderado" y como "Débil":

Moderado: 17 Controles.

Proceso	Riesgo/Control	Debilidades frente a la evidencia
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	R2AJ C2	<p>Se revisaron los archivos "Base seguimiento a solicitudes de mantenimiento de equipamientos propios" y "Base seguimiento a solicitudes de mantenimiento de equipamientos en arriendo", correspondientes a los meses de julio y agosto de 2025. En ambos casos, la columna "Se atendió el requerimiento (anexar evidencias)" presenta en todas sus casillas la respuesta "NO", lo que indica que la solicitud no se atendió y por lo tanto la desviación debió ejecutarse, sin que esto pueda observarse con las evidencias allegadas. Estas inconsistencias pudieron ser detectadas y corregidas oportunamente durante el monitoreo realizado por la 2LD.</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Acceso a la Justicia, validar y atender las recomendaciones emitidas por la 2LD en el seguimiento del segundo trimestre. A la 2LD, verificar la consistencia de las evidencias aportadas por el proceso respecto al control establecido, considerando las observaciones realizadas por la OAP en el informe del segundo trimestre.</p>

Proceso	Riesgo/ Control	Debilidades frente a la evidencia
	R3AJ C2	<p>El soporte se encuentra en el archivo “15-05-2023 Seguimiento PQRS DAJ”, que contiene radicados internos y externos de julio, agosto y septiembre. En este periodo se identificaron casillas sin diligenciar ni observaciones que aclaren el seguimiento (1-2025-64507, 1-2025-57298 y 1-2025-68212). Además, se detectaron errores de digitación que impiden la verificación y generan inconsistencias en el cálculo de tiempos de respuesta (1-2025-45016, 1-2025-45121, 1-2025-48666, 1-2025-54557, 1-2025-54560 y 1-2025-69375). Estas novedades pudieron ser identificadas y corregidas en el monitoreo de la 2LD, pero la evidencia entregada a la OCI aún presenta inconsistencias.</p> <p>Por otra parte, no se allega evidencia en los casos con respuestas extemporáneas, lo que afecta el control de desviaciones.</p>
	R3AJ C3	<p>Se revisaron los archivos “Base seguimiento a solicitudes de mantenimiento de equipamientos propios” y “Base seguimiento a solicitudes de mantenimiento de equipamientos en arriendo”, correspondientes a los meses de julio y agosto de 2025. En ambos casos, la columna “Se atendió el requerimiento (anexar evidencias)” presenta en todas sus casillas la respuesta “NO”, lo que indica que la solicitud no se atendió y por lo tanto la desviación debió ejecutarse, sin que esto pueda observarse con las evidencias allegadas. Estas inconsistencias pudieron ser detectadas y corregidas oportunamente durante el monitoreo realizado por la 2LD.</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Acceso a la Justicia, validar y atender las recomendaciones emitidas por la 2LD en el seguimiento del segundo trimestre. A la 2LD, verificar la consistencia de las evidencias aportadas por el proceso respecto al control establecido, considerando las observaciones realizadas por la OAP en el informe del segundo trimestre.</p>
	R4AJ C2	<p>El soporte se encuentra en el archivo “15-05-2023 Seguimiento PQRS DAJ”, que contiene radicados internos y externos de julio, agosto y septiembre. En este periodo se identificaron casillas sin diligenciar ni observaciones que aclaren el seguimiento (1-2025-64507, 1-2025-57298 y 1-2025-68212). Además, se detectaron errores de digitación que impiden la verificación y generan inconsistencias en el cálculo de tiempos de respuesta (1-2025-45016, 1-2025-45121, 1-2025-48666, 1-2025-54557, 1-2025-54560 y 1-2025-69375). Estas novedades pudieron ser identificadas y corregidas en el monitoreo de la 2LD, pero la evidencia entregada a la OCI aún presenta inconsistencias.</p> <p>Por otra parte, no se allega evidencia en los casos con respuestas extemporáneas, lo que afecta el control de desviaciones.</p>
Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	R3AB C2	<p>Se encuentran en el repositorio de evidencias 6 carpetas que contienen los formatos F-AB-1351 para los diferentes contratos. No obstante, no se observan las actas que se enuncian como soporte en la descripción del control.</p> <p>Asimismo, se recomienda al proceso verificar la actualización de la información de los contratos, dado que en algunos de los formatos se define como supervisor al exdirector de la Dirección de Bienes.</p>

Proceso	Riesgo/ Control	Debilidades frente a la evidencia
Atención y Relación con el Ciudadano	R1ARC1	<p>Revisada la trazabilidad del radicado No. 1-2025-45222, se observa que el alertamiento se efectuó posterior a la fecha de vencimiento, lo que refleja desviación del control, no obstante, esta no es posible verificar dada la periodicidad (semestral) de la certificación de parametrización de TI (la cual no se adjunta para este caso). En general se observa que varios de los alertamientos se hicieron posterior a la fecha de vencimiento de las PQRSDF, lo cual no es concordante con lo planteado en el control "alertas tempranas a los responsables de las solicitudes previo al vencimiento" adicionalmente en las evidencias no se reflejan los soportes con la periodicidad establecida para el control (semanalmente) reflejándose de manera mensual por dependencia.</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Al proceso Atención y relación con el ciudadano procurar un seguimiento semanal a todas las dependencias, con las alertas tempranas con el fin mitigar las respuestas extemporáneas. La OCI considera que las evidencias no demuestran el adecuado cumplimiento del control.</p>
Direccionamiento Estratégico	R2DEC1	<p>Los soportes corresponden a los formatos F-DE-1530 V.2 y F-DE-1374 V.2, no obstante, los mismos no se encuentran sin información diligenciada o no están firmados, si bien el proceso indica que estos formatos están en proceso de actualización, los formatos vigentes deben aplicarse y contar con la firma correspondiente para garantizar la conformidad con lo estipulado en el control. El no contar con las evidencias establecidas limita la evaluación de la ejecución del control por parte de la OCI. Estas novedades pudieron ser objeto de subsanación en el proceso de monitoreo realizado por parte de la OAP.</p> <p>Adicionalmente, se evidencian correos de seguimiento enviados a gerentes y enlaces de proyectos, así como observaciones realizadas por la OAP, lo cual coincide con el soporte definido para casos de desviación del control.</p>
Fortalecimiento Institucional	R2FIC1	<p>Los soportes corresponden a 3 archivos que contienen el diligenciamiento del formato SEGUIMIENTO Y CONTROL AMBIENTAL, código F-FI-1399 V.2, de las visitas efectuadas a los equipamientos Cárcel Distrital, C4 y CER. No obstante, no coincide con el formato F-DS - 115 referenciado como evidencia en el control, revisado el portal MIPG (11/11/2025), no se observa incluido el mencionado formato.</p> <p>Recomendaciones:</p> <p>Al proceso Fortalecimiento Institucional, tener en cuenta las observaciones realizadas por la OAP y para el próximo avance, utilizar el formato oficializado.</p> <p>A la segunda línea de defensa revisar la coherencia entre las evidencias descritas en el control y las reportadas por la primera línea de defensa. Verificar la pertinencia de actualizar el control.</p>
	R2FIC4	<p>De los soportes varios corresponden a trimestres anteriores o con fecha de expedición de los años 2011 y 2024. Lo anterior, no permite claridad respecto a la vigencia y seguimiento a las certificaciones expedidas.</p> <p>Con base en la verificación de los soportes por parte de 3LD y las recomendaciones realizadas por la 2 LD en el seguimiento del segundo semestre, la OCI considera importante "fortalecer el diseño del control para dar claridad de la evidencia a presentar y la periodicidad de ejecución".</p>
	R3FIC1	<p>Los soportes corresponden a los descritos en el reporte de la primera LD, no obstante, como parte de las evidencias se adjunta "Acta sesión 3 CIGD 2025" sin firmas ni listado de asistencia.</p>
Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad	R1GIPC1	<p>Los soportes corresponden a los descritos en el reporte de la primera LD. Sin embargo, se observan formatos sin firma por parte del profesional (pág. 7 - agosto, 155,163,165 - Julio), y sin huella por parte la Persona Privada de la Libertad (pág. 38 - agosto 109,190,196-Julio). Con base en el informe emitido por la segunda línea de defensa y la verificación de los soportes por parte de 3LD, la OCI considera pertinente verificar el manejo de información sensible en concordancia con lo recomendado por la OAP.</p>

Proceso	Riesgo/ Control	Debilidades frente a la evidencia
	R3GIP C1	<p>Comparado el formato F-GIP-1183 que se encuentra vigente en la plataforma MIPG respecto a las evidencias aportadas por el proceso, se observa que no se adjunta la primera página del formato. Se evidencian formatos sin firma de la directora.</p> <p>Se recomienda a la primera y segunda línea de defensa efectuar la verificación de la aplicación del formato y de ser necesario determinar la pertinencia de actualizarlo.</p>
Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias	R1GTS C1	<p>De los soportes dispuestos en repositorio se observa; Carpeta Nuse: se anexan informes de supervisión de los meses mayo, junio y julio de 2025. No obstante, para el seguimiento del tercer trimestre incluye el mes de agosto. Carpeta Radio Troncalizado: Se anexan informes emitidos por el contratista Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control que indica "como soporte se suministra el informe de interventoría y el informe técnico de apoyo a la supervisión." SVV: Se anexan actas de reunión de seguimiento que reflejan el seguimiento realizado desde la SDSCJ, sin embargo, no son concordantes con lo indicado en el control: "como soporte se suministra el informe de interventoría y el informe técnico de apoyo a la supervisión." .</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y segunda línea de defensa, verificar la coherencia entre los soportes aportados y las evidencias descritas en el control.</p>
	R2GTS C1	<p>De los soportes dispuestos en repositorio se observa; Carpeta Nuse: se anexan informes de supervisión de los meses mayo, junio y julio de 2025. No obstante, para el seguimiento del tercer trimestre incluye el mes de agosto. Carpeta Radio Troncalizado: Se anexan informes emitidos por el contratista Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control: "como soporte se suministra informes de seguimiento técnico, actas o correos." SVV: Se anexan actas de reunión de seguimiento lo cual es concordante con lo indicado en la descripción del control.</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y segunda línea de defensa, verificar la coherencia entre los soportes aportados y las evidencias descritas en el control.</p>
	R2GTS C2	<p>De los soportes dispuestos en repositorio se observa; Carpeta Nuse: se anexan informes de supervisión de los meses mayo, junio y julio de 2025. Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control: "como soporte se genera acta de la reunión." Carpeta Radio Troncalizado: Se anexan informes emitidos por el contratista Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control: "como soporte se genera acta de la reunión." SVV: Se anexan actas de reunión de seguimiento lo cual es concordante con lo indicado en la descripción del control.</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y segunda línea de defensa, verificar la coherencia entre los soportes aportados y las evidencias descritas en el control.</p>

Proceso	Riesgo/Control	Debilidades frente a la evidencia
	R2GTS C3	<p>De los soportes dispuestos en repositorio se observa; Carpeta Nuse: se anexan informes de supervisión de los meses mayo, junio y julio de 2025. No obstante, para el seguimiento del tercer trimestre incluye el mes de agosto. Carpeta Radio Troncalizado: Se anexan informes emitidos por el contratista Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control que indica: "queda el visto bueno de los apoyos a la supervisión en los informes mensuales." SVV: Se anexan actas de reunión de seguimiento que reflejan el seguimiento realizado desde la SDSCJ, sin embargo, no son concordantes con lo indicado en el control: "queda el visto bueno de los apoyos a la supervisión en los informes mensuales".</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y segunda línea de defensa, verificar la coherencia entre los soportes aportados y las evidencias descritas en el control.</p>
	R2GTS C4	<p>"De los soportes dispuestos en repositorio se observa; Carpeta Nuse: se anexan informes de supervisión de los meses mayo, junio y julio de 2025. No obstante, para el seguimiento del tercer trimestre incluye el mes de agosto. Carpeta Radio Troncalizado: Se anexan informes emitidos por el contratista Las evidencias no son concordantes con lo indicado en el control que indica "como soporte quedan las firmas en los documentos revisados."</p> <p>SVV: Se anexan actas de reunión de seguimiento que reflejan el seguimiento realizado desde la SDSCJ, sin embargo, no son concordantes con lo indicado en el control: "como soporte quedan las firmas en los documentos revisados."</p> <p>Recomendaciones: Al proceso Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y segunda línea de defensa, verificar la coherencia entre los soportes aportados y las evidencias descritas en el control.</p>

Tabla N°. 7. Elaboración Propia. Fuente: Matriz de riesgos por procesoV37 – 2025 y Anexo 01- Evaluación Riesgos segundo trimestre 2025.

Débil: 1 Control.

Proceso	Control	Debilidades frente a la evidencia
Gestión de Emergencias	R2GE C1	No se encontraron evidencias en la carpeta dispuesta por la OAP, pese a que la periodicidad del control es diaria.

Tabla N°. 8. Elaboración Propia. Fuente: Matriz de riesgos por procesoV37 – 2025 y Anexo 01- Evaluación Riesgos segundo trimestre 2025.

Observación N° 01: Debilidades en el reporte y monitoreo de la documentación aportada como soporte de la ejecución de 18 controles diseñados para la administración de 12 riesgos de gestión – III Trimestre 2025.

Se identificaron debilidades en los soportes de la ejecución de los controles diseñados para la administración de los riesgos en los procesos: Acceso y Fortalecimiento a la Justicia, Atención y Relación con el Ciudadano, Direccionamiento Estratégico, Fortalecimiento Institucional, Gestión de Emergencias, Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas, Gestión Tecnológica de Seguridad y Emergencias y Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad con relación a la completitud, pertinencia y calidad.

Lo expuesto evidencia deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la *Política de Administración de Riesgos*, código PO-FI-02 V.3, numeral “6. Roles, Responsabilidades, Coordinación y Articulación”, así:

- Primera Línea de Defensa, a la cual le corresponde *“Dar cumplimiento al reporte y cargue de evidencias en los repositorios de información destinado por la OAP en los tiempos establecidos.”*.
- Segunda Línea de Defensa, a la cual le corresponde *“Hacer seguimiento a los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada.”*.

Estas situaciones generan incertidumbre respecto de la oportuna y correcta aplicación de los controles establecidos, lo que a su vez incrementa la probabilidad de materialización de los riesgos de gestión y aumenta la vulnerabilidad de la Entidad.

4.3. Materialización de los riesgos

La Oficina Asesora de Planeación informó que durante el III trimestre de la vigencia 2025 *“no se reportaron materializaciones de riesgos por parte de la primera línea de defensa, ni se recibió notificación oficial por otros medios”*; adicionalmente, indicó que se evaluarán las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en el Informe Final de Auditoría al Proceso de Gestión Documental.

En este sentido, se precisa que mediante memorando 3-2025-40881 del 09 de octubre de 2025 se emitió dicho informe, el cual evidencia la reiteración del riesgo R1GD *“Posibilidad de afectación reputacional por pérdida o extravío documental debido a la falta de acatamiento de las directrices establecidas por el proceso de Recursos Físicos y Documental por parte de los servidores y/o contratistas”*, materializado inicialmente en la vigencia 2024, acorde al informe emitido por la OAP el 23 de enero 2025 (memorando N° 3-2025-2631) que señala *“(…) “se eliminaron todos los documentos de las vigencias 2021 y 2022 correspondientes a los procesos de mediación, de los cuales su recuperación es imposible toda vez que no había inventario documental ni copia digital” (…)*”.

Finalmente, se indica que en el próximo ejercicio de evaluación que emita la Oficina de Control Interno, el plan de acción que se ejecute (en concordancia con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo – PO-FI-02, numeral 12 “Materialización”) será objeto de verificación, por lo cual se recomienda adelantar (entre la 1LD y 2LD) las actividades de manera prioritaria.

4.4. Efectividad

Teniendo en cuenta los resultados del presente seguimiento, se procede a evaluar la efectividad del plan de mejoramiento 452 (formulado en la vigencia 2024) como INEFECTIVA:

N° PMI	Observación / Oportunidad De Mejora	Acción	Evaluación Efectividad	
452	OBSERVACIÓN N° 3: Deficiencias en el reporte y monitoreo de las evidencias aportadas como soporte de la ejecución de los controles establecidos para 38 de los riesgos por proceso.	Mesas de trabajo con los líderes operativos de los 11 procesos objeto de la observación del informe de seguimiento a riesgos de proceso, con el fin de evaluar controles y hacer ajustes de ser necesarios a las evidencias que presentaron inconsistencias.	Inefectiva	Para el Plan 452 se generaron 2 acciones una con fecha de finalización en 31-10-2024 y la otra 31-12-2024. Con base en los resultados del seguimiento a controles asociados a riesgos realizado para el III trimestre de 2025, el plan se califica como inefectivo dada la repetición de las debilidades relacionadas con los reportes de evidencias de la ejecución de controles.
		Realizar socialización a los líderes operativos frente al reporte y cargue de evidencias, de acuerdo a lo establecido en la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04.		Para el Plan 452 se generaron 2 acciones una con fecha de finalización en 31-10-2024 y la otra 31-12-2024. Con base en los resultados del seguimiento a controles asociados a riesgos realizado para el III trimestre de 2025, el plan se califica como inefectivo dada la repetición de las debilidades relacionadas con los reportes de evidencias de la ejecución de controles.

Tabla N°. 9. Elaboración Propia.

5. CONCLUSIONES

- Los riesgos por proceso se administraron en la Entidad durante el tercer trimestre 2025, con la versión de la Matriz General V37-2025. Desde la OAP se realizó la publicación en la página web, reportando 68 riesgos de gestión administrados con 119 controles (7 correctivos, 7 detectivos, 105 preventivos). La Oficina Asesora de Planeación comunicó la actualización de la Matriz General de Riesgos de Gestión - F- FI-1382 V38, con vigencia a partir del 01 de octubre de 2025.
- El análisis entre las versiones V37 y V38 de la Matriz de Riesgos evidenció variaciones en 6 procesos, las cuales no fueron reportadas de manera completa por la OAP, generando diferencias frente a lo verificado por la Oficina de Control Interno, la cual, encontró 18 controles actualizados y 12 inactivos. Se identificaron ajustes sin referenciar, riesgos indebidamente clasificados como inactivos y un error en el cruce de la información publicada, que posteriormente fue corregida.

A su vez, se verificaron las modificaciones realizadas en los riesgos R1AR y R2SM, así como la incorporación de nuevos controles y se concluye que cumplen con los criterios definidos en la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 V.4.

- Persisten debilidades significativas en la ejecución y el reporte de controles. Durante el tercer trimestre de 2025 se evidenció que el nivel de controles con inconsistencias en los soportes remitidos por los procesos responsables (1LD) incrementó, pasando de un 5% (6 controles) en el trimestre anterior al 15% (18 controles) en el periodo de este seguimiento. Las principales debilidades se relacionan con aspectos de completitud, pertinencia, calidad, actualización y trazabilidad de las evidencias. Estas falencias limitan la capacidad para

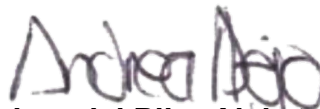
verificar la ejecución efectiva de los controles y aumentan la vulnerabilidad de la Entidad frente a la materialización de riesgos de gestión.

- La Oficina Asesora de Planeación informa que no se reportaron materializaciones de riesgo, sin embargo, la Oficina de Control Interno informa que, en los resultados de la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, específicamente con lo relacionado a la materialización del riesgo R1GD, se evidenció que existen vulnerabilidades aún no mitigadas que requieren acciones correctivas urgentes.

6. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones puntuales para cada uno de los 119 controles se registran en el “Anexo 01-Evaluación Riesgos Tercer Trimestre 2025” y en el presente informe.

Elaboró



Andrea del Pilar Alejo Ruiz
Contratista Oficina de Control Interno

Aprobó



Karol Andrea Parraga Hache
Jefe Oficina de Control Interno