

## MEMORANDO

**Para:** CESAR ANDRES RESTREPO FLOREZ  
DESPACHO SECRETARIO DE SEGURIDAD

**De:** OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Asunto:** INFORME DE EVALUACIÓN DE RIESGOS INTEGRADOS □ III CUATRIMESTRE 2026

Cordial saludo, Dr. Restrepo Flórez:

En relación con los destinatarios de informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones emitidos por la Oficina de Control Interno el Parágrafo 1º del Artículo 2.2.21.4.7 del Decreto 1083 de 2015<sup>1</sup> y el Numeral 2 del Artículo 325 del Decreto Distrital 640 de 2025 establecen que estos "(...) tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)" (Negrita y subrayado fuera de texto).

En este sentido, la Oficina de Control Interno (OCI) en ejercicio de sus funciones y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la Vigencia 2026, se permite remitir los resultados de la evaluación a los riesgos integrados III Cuatrimestre 2025.

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

- La Matriz de Riesgos de Corrupción, versión N. 27, consolida un total de 25 riesgos y 39 controles. En la verificación de su diseño se identificaron debilidades en la formulación de cuatro riesgos específicos (N. 10, 13, 23 y 27), equivalentes al 16% del total, los cuales no cumplen con la estructura metodológica exigida. Esta situación limita su adecuada clasificación como riesgos de corrupción, afectando la consistencia y trazabilidad del análisis institucional.
- Se identificaron cinco (5) oportunidades de mejora para fortalecer la gestión institucional y una (1) observación, la cual requiere la formulación de un plan de mejora que asegure acciones correctivas, seguimiento y trazabilidad, conforme a lo establecido en el PD-SM-4 Procedimiento de Planes de Mejoramiento Interno.
- El 52% de los riesgos de corrupción analizados presentan deficiencias en la redacción de causas y consecuencias, generando duplicidad conceptual entre riesgo, causa y efecto, lo que dificulta la identificación de factores de origen y la definición de controles preventivos.
- Se evidencian inconsistencias en la valoración de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos (N. 10, 16 y 22), que representan el 12% del total. En estos casos, se asignaron niveles de

<sup>1</sup> modificado por el artículo 1º del Decreto 338 de 2019ó

probabilidad que no guardan correspondencia con la evidencia histórica de materialización, lo que afecta la confiabilidad del análisis y la coherencia metodológica en la gestión del riesgo.

- Persisten debilidades en la ejecución y confiabilidad de la información registrada por procesos en relación con 8 controles del total 39 equivalente a 20,52%, lo que afectó la efectividad del Plan de Mejora 539.
- La entidad se encuentra en proceso de transición hacia la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7, lo cual representa una oportunidad para fortalecer la metodología, pero también un reto para garantizar la coherencia y trazabilidad en la actualización de riesgos y controles.

Ahora bien, se debe señalar que en cumplimiento de lo dispuesto en el literal e, del Artículo 11° de la Ley 1712 de 2014, la cual dispone la publicación de todos los informes de gestión, evaluación y auditoría del sujeto obligado, el presente informe será publicado en la página web institucional, en el botón de Transparencia, en la siguiente ruta:

*Botón Transparencia y Acceso a la Información Pública → Planeación, Presupuesto e Informes → Informe de la Oficina de Control Interno → Informes de Ley y/o Seguimiento → 2026.*

Así mismo, conviene señalar que la respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional del cuerpo directivo de la SDSCJ así como de los responsables de los diferentes lineamientos evaluados, más se incentiva la consideración de las “*Recomendaciones*” en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Gestión y de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad en aras de mitigar los riesgos asociados a la operación institucional.

Finalmente, es preciso manifestar que, la Oficina de Control Interno desarrolla las actividades de auditoría interna bajo los principios de independencia, objetividad y enfoque basado en riesgos en cumplimiento de los roles asignados en el Decreto 648 de 2017 y conforme lo establecido la Ley 87 de 1993, la Guía de Auditoría Interna para Entidades Públicas y la Guía de Roles de las Oficinas de Control Interno (Función Pública, 2023). El propósito de esta labor es aportar valor a la gestión institucional mediante la evaluación de controles, riesgos y cumplimiento normativo para la toma de decisiones informada y objetiva por parte de la alta dirección en relación con el sostenimiento del Sistema de Gestión y de Control Interno.

Cualquier aclaración o información adicional estaremos dispuestos a atenderla

Cordialmente,



**MARY MARTINEZ BONILLA.**  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)**

c.c.e.: IVAN HERSAYN PINILLA HERRERA-DIRECCION DE TECNOLOGIAS Y SISTEMAS DE LA INFORMACION  
RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO-DIRECCION DE RECURSOS FISICOS Y GESTION DOCUMENTAL  
JULIAN PONTON SILVA-OFICINA ASESORA DE PLANEACION  
JESUS ANTONIO CAMARGO ZAMBRANO.-OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES  
HECTOR ARMANDO OSPINA OSPINA-OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO  
JUAN FELIPE CAMPOS CONTRERAS-OFICINA DE ANÁLISIS DE INFORMACION Y ESTUDIOS ESTRATEGICOS  
JAVIER DARIO TUBERQUIA.-OFICINA CENTRO COMANDO, CONTROL, COMUNICACIONES Y COMPUTO C-4  
ALBERTO SANCHEZ GALEANO-SUBSECRETARIA DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA  
ALEJANDRO REYES LOZANO-DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CULTURA CIUDADANA  
PATRICIA RODRIGUEZ DIAZ.-SUBSECRETARIA DE ACCESO A LA JUSTICIA  
CLAUDIA HELENA NAVARRETE MARTINEZ-DIRECCION DE ACCESO A LA JUSTICIA  
IVAN ARTURO TORRES ARANGUREN-DIRECCION DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE  
CLAUDIA PATRICIA ALMEIDA-SUBSECRETARIA DE INVERSIONES Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES OPERATIVAS  
CLAUDIA PATRICIA ALMEIDA CASTILLO-DIRECCION TECNICA  
LEIDY LORENA BARON ROJAS.-DIRECCION DE OPERACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO  
JULIO CESAR CASTELLANOS REYES.-DIRECCION DE BIENES PARA LA SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y ACCESO A LA JUSTICIA  
DEIDER MAURICIO MENGUAL PATERNINA.-SUBSECRETARIA DE GESTION INSTITUCIONAL  
VILMA PATRICIA FERREIRA LUGO-DIRECCION DE GESTION HUMANA  
ALEX BERMEO PRIETO.-DIRECCION JURIDICA Y CONTRACTUAL  
DEIDER MAURICIO MENGUAL PATERNINA-DIRECCION FINANCIERA  
MAURICIO MOSQUERA GOMEZ.-DIRECCION CARCEL DISTRITAL

Anexos: -1

Elaboró: INGRID BEATRIZ ACOSTA VELASQUEZ  
Revisó: MARY MARTINEZ BONILLA.-OFICINA DE CONTROL INTERNO -  
Aprobó: MARY MARTINEZ BONILLA.

# Informe de Evaluación a los Riesgos de Integridad Pública III Cuatrimestre 2025

---

## 2026

Oficina de Control Interno



ALCALDÍA MAJOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
SEGURIDAD, CONVIVENCIA  
Y JUSTICIA

**BOGOTÁ**

**Tabla de Contenido**

**1. Objetivo** ..... 3

**2. Alcance** ..... 3

**3. Normatividad**..... 3

**4. Conclusiones**..... 3

**5. Recomendaciones** ..... 4

**6. Seguimiento Riesgos de Corrupción** ..... 4

    6.1. Etapa 1. Divulgación matriz de riesgos de corrupción ..... 5

    6.2. Etapa 2. Identificación y Descripción del Riesgo de Corrupción ..... 6

    6.3. Etapa 3. Identificación y Análisis de las Causas de los Riesgos de Corrupción y LA/FT ..... 9

    6.4. Etapa 5. Valoración de los Riesgos de Corrupción Y LA/FT ..... 14

    6.5. Etapa 6. Tratamiento de los Riesgos de Corrupción y LA/FT ..... 16

    6.6. Etapa 7. Diseño de Controles..... 16

    6.7. Etapa 8. Calificación del control ..... 21

    6.8. Etapa 9. Nivel de Riesgos Residual ..... 24

    6.9. Etapa 10. Tratamiento del Riesgo Residual ..... 24

**7. Revisión Acciones del Plan de Mejoramiento Interno** ..... 25

## 1. Objetivo

Evaluar la gestión de los riesgos de corrupción y LA/FT en la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia durante el tercer cuatrimestre de 2025, mediante la revisión del diseño de los riesgos y la verificación de la solidez y efectividad de los controles asociados, con el fin de garantizar su alineación con los lineamientos institucionales y normativos aplicables.

## 2. Alcance

El alcance del presente seguimiento comprende el periodo entre el 01 de septiembre y el 31 de diciembre de 2025, respecto a la versión N°27 del mapa de riesgos de corrupción publicada el 11 de septiembre de 2025.

## 3. Normatividad

- Ley 87 de 1993 *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 2195 de 2022 *“Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 1474 de 2011 *“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”*
- Decreto 1122 de 2024 *“Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”*
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.
- Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 V5 de SDSCJ
- Política de Administración de Riesgos de la SDSCJ (PO-FI-02 V1).

## 4. Conclusiones

- La Matriz de Riesgos de Corrupción, versión N°. 27, consolida un total de 25 riesgos y 39 controles. En la verificación de su diseño se identificaron debilidades en la formulación de cuatro riesgos específicos (N° 10, 13, 23 y 27), equivalentes al 16% del total, los cuales no cumplen con la estructura metodológica exigida. Esta situación limita su adecuada clasificación como riesgos de corrupción, afectando la consistencia y trazabilidad del análisis institucional.
- Se identificaron cinco (5) oportunidades de mejora para fortalecer la gestión institucional y una (1) observación, la cual requiere la formulación de un plan de mejora que asegure acciones correctivas, seguimiento y trazabilidad, conforme a lo establecido en el PD-SM-4 Procedimiento de Planes de Mejoramiento Interno.
- El 52% de los riesgos de corrupción analizados presentan deficiencias en la redacción de causas y consecuencias, generando duplicidad conceptual entre riesgo, causa y efecto, lo que dificulta la identificación de factores de origen y la definición de controles preventivos.
- Se evidencian inconsistencias en la valoración de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos (N. 10, 16 y 22), que representan el 12% del total. En estos casos, se asignaron niveles de

probabilidad que no guardan correspondencia con la evidencia histórica de materialización, lo que afecta la confiabilidad del análisis y la coherencia metodológica en la gestión del riesgo.

- Persisten debilidades en la ejecución y confiabilidad de la información registrada por procesos y la Segunda Línea de Defensa (2LD) en relación con 8 controles del total 39 equivalente a 20,51%, lo que afectó la efectividad del Plan de Mejora 539.
- La entidad se encuentra en proceso de transición hacia la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7, lo cual representa una oportunidad para fortalecer la metodología, pero también un reto para garantizar la coherencia y trazabilidad en la actualización de riesgos y controles.

## 5. Recomendaciones

- Revisar y ajustar la formulación de riesgos que no cumplen con la estructura metodológica, asegurando que incorporen acción/omisión, uso del poder, desviación de la gestión pública y beneficio privado.
- Fortalecer la definición de causas y consecuencias, diferenciando claramente los factores que originan el riesgo de los impactos institucionales derivados de su materialización.
- Reevaluar la calificación de probabilidad e impacto de los riesgos señalados, aplicando estrictamente los criterios establecidos en la Guía de Administración del Riesgo vigente, para evitar inconsistencias metodológicas.
- Mejorar la calidad y confiabilidad de la información reportada por los procesos y la revisión de la 2LD, implementando mecanismos de verificación y validación que aseguren la trazabilidad de la ejecución de controles.
- Ante la ineffectividad del Plan de Mejora 539, formular acciones específicas para superar las debilidades detectadas en la ejecución de controles y garantizar su efectividad.
- Adoptar progresivamente la Guía de Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del DAFP, asegurando la capacitación de los responsables y la integración de los lineamientos del SIGRIP, el principio de debida diligencia y la función de cumplimiento.
- Desarrollar un Manual de Debida Diligencia y Función de Cumplimiento, que complemente la política de administración de riesgos y fortalezca la gestión preventiva frente al riesgo de corrupción y LA/FT, en atención a lo dispuesto en el numeral 3.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7

## 6. Seguimiento Riesgos de Corrupción <sup>12</sup>

<sup>1</sup> *Definición de riesgo de corrupción:* Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. “Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (Conpes N° 167 de 2013)

<sup>2</sup> “Seguimiento: el jefe de control interno o quien haga sus veces debe adelantar seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción” Guía para la Administración de Riesgos VR 6 DAFP.

La Oficina de Control Interno – OCI, en el marco de su rol de “*Evaluación a la Gestión del Riesgo*” y de “*Evaluación y Seguimiento*”, actúa como evaluador independiente y objetivo frente a la alta dirección y demás grupos de valor, aportando valor en la revisión del diseño, implementación y efectividad de las actividades de administración del riesgo. En esta oportunidad, se llevó a cabo el seguimiento correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2025. Ejercicio que incluyó la verificación de la coherencia en la definición y descripción de riesgos de corrupción, el análisis de la probabilidad e impacto inherente, el diseño y efectividad de los controles implementados por los diferentes procesos, la valoración del riesgos residual, así como la revisión de los avances en los planes de mejora. El presente informe ofrece una visión integral sobre el estado de la gestión institucional.

Este ejercicio de evaluación busca no solo fortalecer la gestión del riesgo, sino también impulsar la cultura de autocontrol y contribuir a la consolidación de prácticas transparentes y sostenibles en el ejercicio de la función pública.

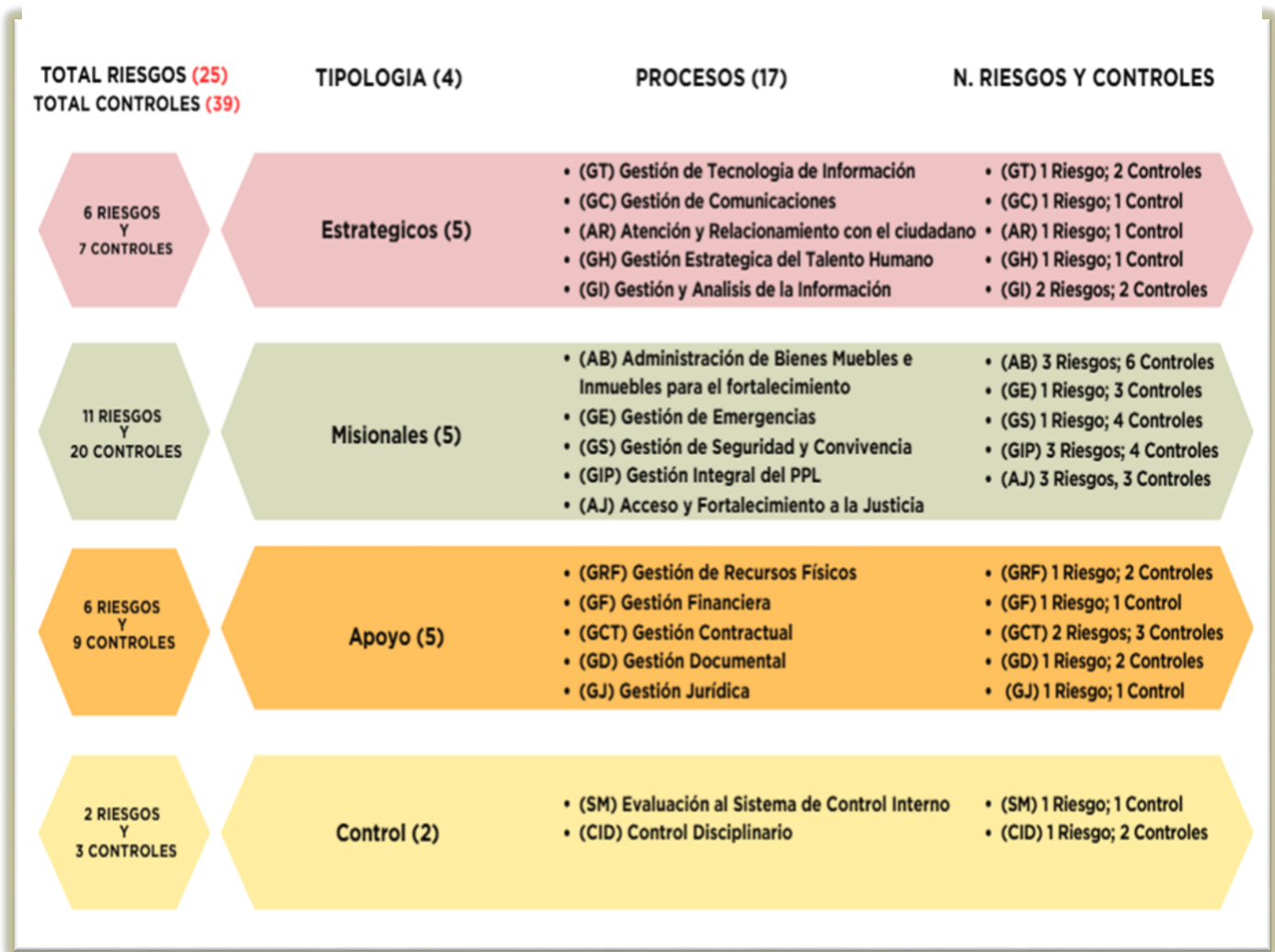
### **6.1. Etapa 1. Divulgación matriz de riesgos de corrupción**

En el marco del seguimiento efectuado, la Oficina de Control Interno observó la publicación el 11 de septiembre de 2025 de la versión N° 27 de la Matriz General de Riesgos de Corrupción, disponible en el portal web de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia (SDSCJ). Esta actualización se encuentra en la sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015, que establece la obligación de divulgar los instrumentos de gestión institucional como parte del ejercicio de rendición de cuentas. Para consulta, se puede acceder al siguiente enlace:

[https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/plan-accion?field\\_action\\_plan\\_classification\\_target\\_id=117&field\\_class\\_anti\\_plan\\_citizen\\_se\\_target\\_id=276&field\\_public\\_expen\\_plan\\_class\\_target\\_id=All&field\\_class\\_strate\\_secto\\_ins\\_pla\\_target\\_id=All&field\\_general\\_date\\_value=&title=](https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/plan-accion?field_action_plan_classification_target_id=117&field_class_anti_plan_citizen_se_target_id=276&field_public_expen_plan_class_target_id=All&field_class_strate_secto_ins_pla_target_id=All&field_general_date_value=&title=)

La matriz publicada consolida veinticinco (25) riesgos de corrupción y treinta y nueve (39) controles asociados, organizados por tipo de proceso. Para la vigencia 2025, la identificación de riesgos abarcó diecisiete (17) de los veintiún (21) procesos institucionales, detallando en cada caso el número de riesgos formulados y los controles vinculados.

**Ilustración 1 Total, Riesgos y Controles por procesos**



. Fuente: Matriz de Riesgos de Corrupción V27 SDSCJ 2025, Elaboración OCI.

Respecto de la Matriz General de Riesgos de Corrupción versión N° 27, esta oficina procedió a verificar los cambios surtidos respecto de la versión anterior, así como la evaluación metodológica del diseño de riesgos y controles asociados.

**6.2. Etapa 2. Identificación y Descripción del Riesgo de Corrupción**

**OPORTUNIDAD DE MEJORA N. 1**

En relación con la identificación y descripción del riesgo de corrupción, la Guía de Administración de Riesgos (G-FI-04, V.5), dispone en su numeral 11.2 lo siguiente.

**“11.2 Etapa 2: Identificación del Riesgo de Corrupción**

(...)

*Para evitar confusiones sobre la naturaleza de un Riesgo por Proceso y un Riesgo de Corrupción el DAFP brinda la siguiente definición de un riesgo de corrupción:*

**Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.**

Dado lo anterior, para que un riesgo sea clasificado como un Riesgo de Corrupción debe cumplir con la siguiente estructura:

**Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado (...)**

A partir de lo anterior, la Oficina de Control Interno llevó a cabo el análisis de los veinticinco (25) riesgos que integran la versión 27 de la Matriz General de Riesgos de Corrupción. Como resultado de esta revisión, se evidenció que cuatro (4) de dichos riesgos (riesgos N.º 10, 13, 23 y 27) no se ajustan a la estructura metodológica definida para la tipología de riesgos de corrupción y LA/FT, toda vez que no incorporan la totalidad de los elementos previamente establecidos, a saber:

Tabla 1. Evaluación Diseño Riesgos de Corrupción y LA/FT

Riesgo #	Proceso	Riesgo	Acción u omisión <sup>3</sup>	Uso del poder	Desviación de la gestión de lo público <sup>4</sup>	Beneficio privado <sup>6</sup>	Comentarios OCI <sup>7</sup>
10	Gestión de Emergencias	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones o multas de entes de control. O por demandas, tutelas, derechos de petición debido al acceso y uso inadecuado dispositivos para la toma de registros multimedia de la información contenida en el software de Gestión de eventos de seguridad y emergencias		X		X	No describe acto de corrupción. No hay beneficio privado. Es un riesgo operativo o legal, no de corrupción.
13	Gestión de Seguridad y Convivencia	Posibilidad que funcionarios y/o colaboradores de la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia incurran en actuaciones inadecuadas o contrarias a la normatividad, para beneficio propio o de un tercero, lo cual podría afectar el cumplimiento de la misionalidad institucional y la confianza ciudadana.	X		X		Redacción muy general. No especifica acción concreta de corrupción. No muestra claramente desviación de gestión pública asociada con la operación del proceso.

<sup>3</sup> Acción u omisión: (manipular, alterar, recibir, omitir, autorizar, etc.)

<sup>4</sup> Uso del poder: (funcionario, contratista, proceso institucional, cargo)

<sup>5</sup> Desviación de la gestión de lo público: (afectar decisiones, incumplir procedimientos, manipular información pública, etc.)

<sup>6</sup> Beneficio privado: (beneficio propio o de un tercero).

Riesgo #	Proceso	Riesgo	Acción u omisión <sup>3</sup>	Uso del poder	Desviación de la gestión de <sup>4</sup> lo <sup>5</sup> público	Beneficio privado <sup>6</sup>	Comentarios OCI <sup>7</sup>
23	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	Posibilidad de alteración de la información en el SISIPPEC web generando beneficio en el trámite de Autorización para ingreso como visitante a la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres.		X		X	Falta uso del poder explícito (quién lo hace).  No se menciona beneficio privado propio o de terceros.
27	Gestión Contractual	Posibilidad que la entidad sea utilizada para el LA/FT/FPADM por falencias en el proceso de vinculación de los procesos de contratación de mayor cuantía y la verificación de los documentos que componen la lista de chequeo con la información suministrada por el proponente y ser objeto de sanciones por suscribir contratos con personas naturales o jurídicas incluidas en listas vinculantes o restrictivas.				X	Es un riesgo de lavado de activos / cumplimiento.  No describe acto de corrupción de servidores públicos.  No hay uso del poder ni beneficio privado directo.

**Fuente: Matriz de Riesgos de Corrupción V27 SDSCJ 2025, Elaboración OCI**

Adicionalmente, conviene señalar que en el numeral 4.1.1 del Informe de Seguimiento a los Riesgos de Corrupción del II Cuatrimestre de 2025, radicado N. 3-2025-41233 del 14-oct-2025, se había señalado una debilidad en la estructura del riesgo N.10; sin embargo, este no fue objeto de ajuste o actualización por parte del proceso durante el tercer cuatrimestre de 2025.

En consecuencia, se recomienda efectuar la revisión y actualización de los riesgos mencionados, con el propósito de asegurar su adecuada formulación, así como una correcta identificación, análisis y tratamiento. De igual manera, teniendo en cuenta que la Secretaría de Seguridad se encuentra en proceso de transición hacia la actualización de los riesgos de integridad pública, se hace necesario que el proceso de Fortalecimiento Institucional realice una revisión general y detallada de la estructura de los riesgos, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 de 2025 del DAFP, numeral 4: “*Descripción del riesgo*”, el cual indica que los riesgos asociados a la integridad pública deben formularse iniciando con la expresión “*Posibilidad de*” e incluyendo tres elementos clave: impacto, causa inmediata y causa raíz. Esta formulación debe considerar las amenazas descritas en el numeral 6.2 de la guía, tales como soborno, fraude, gestión inadecuada del conflicto de intereses, corrupción, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT) y proliferación de armas (FP).

De otra parte, en concordancia con el numeral 3.4, se sugiere aplicar esta estructura en la redacción de cada riesgo y su causa inmediata. Adicionalmente, en materia de diseño y análisis de controles, se deberá tener en cuenta que, además de la Política para la Gestión Integral de Riesgos y su respectivo Mapa de Riesgos, la Secretaría deberá desarrollar un Manual para el principio de debida

diligencia, establecer la función de cumplimiento y formular herramientas de gestión en el marco del SIGRIP.

### 6.3. Etapa 3. Identificación y Análisis de las Causas de los Riesgos de Corrupción y LA/FT

#### OPORTUNIDAD DE MEJORA N. 2

Se observó que 13 de los 25 riesgos analizados (equivalente al 52%) presentan debilidades en la redacción de sus causas y/o consecuencias como se presenta en la tabla 2, lo que dificulta identificar de manera clara los factores que podrían propiciar la materialización de los riesgos de corrupción y, en consecuencia, limita la adecuada definición de controles y acciones para su mitigación.

No obstante, se reconoce que la entidad se encuentra actualmente en proceso de transición para la integración y actualización de los riesgos, conforme a lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

En este sentido, se considera pertinente que, en el marco de dicha actualización, se revisen y fortalezcan las causas asociadas a los riesgos de corrupción, con el fin de que estas reflejen de manera más precisa las debilidades de control o del proceso que podrían facilitar su materialización.

Tabla 2 Evaluación causas de los riesgos de corrupción y LA/FT

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
1	Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	•Amenaza, intimidación o persuasión a un profesional para reportar información falsa en el contenido de un informe Prejuicio sobre un usuario y falta de reconocimiento de logros o avances.	Posibilidad que funcionarios o contratistas manipulen de manera mal intencionada los procesos vinculados al PDJJR (Programa de Justicia Juvenil Restaurativa), generando decisiones direccionadas para beneficio de terceros.	Entrega de información falsa a las autoridades competentes.	La consecuencia definida corresponde a una manifestación del riesgo y no al impacto institucional que podría generarse, como posible afectación en la toma de decisiones, vulneración de derechos del usuario o <u>posibles responsabilidades disciplinarias o legales.</u>
6	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad - PPL-	•Dádivas a los funcionarios encargados del proceso de tramite Jurídico en beneficio particular de las PPL	Posibilidad que los servidores públicos o contratistas del proceso reciban o soliciten dádivas para favorecer indebidamente a personas privadas de la libertad en la prestación de los servicios de seguridad, atención a trámites jurídicos y atención integral básica, generando	Oferta parcializada y desproporcionada de los tramites a los PPL Investigaciones Disciplinaria y Penal.	La causa identificada describe directamente el evento de corrupción (dádivas a funcionarios), lo cual corresponde al riesgo mismo y no a su origen. Esta situación dificulta la identificación de los factores que facilitan la ocurrencia del riesgo y limita la adecuada definición de controles preventivos.

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
			beneficios particulares propios o de un tercero en detrimento de la transparencia e igualdad en la Entidad.		
7	Control Disciplinario	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Débil supervisión sobre la actuación de funcionarios o contratistas,</li> <li>•Intereses personales, presión de superiores o terceros</li> </ul>	Posibilidad de que servidores públicos o contratistas de la Oficina de Control Disciplinario Interno reciban o soliciten dádivas para favorecer, a la hora de tomar las decisiones disciplinarias, por medio de manipulación de expedientes u omisiones dolosas durante el trámite disciplinario, desviando la gestión para beneficios indebidos propios o de terceros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>i). Indebida manipulación de las actuaciones</li> <li>ii). Irregularidades en el trámite - caducidad - prescripción de las actuaciones disciplinarias</li> <li>iii). Evasión de la responsabilidad derivada del proceso disciplinario</li> </ul>	La consecuencia identificada i) corresponde a la misma materialización del riesgo (manipulación de actuaciones), lo cual genera duplicidad conceptual entre el evento de riesgo y sus efectos. Esta situación puede limitar la adecuada identificación de los impactos institucionales asociados al riesgo.
10	Gestión de Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Indisponibilidad, manipulación, alteración, pérdida o mal uso de la información por parte del personal del C4, Operadores externos, así como terceros no vinculados al C4.</li> <li>•Posible pérdida de documentos o información pública</li> </ul>	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones o multas de antes de control. O por demandas, tutelas, derechos de petición debido al acceso y uso inadecuado para la toma de registros multimedia de la información contenida en el software de Gestión de eventos de seguridad y emergencias	Fuga y manejo de información diferente al establecido en el marco de requisitos aplicables. Posible daño reputacional de la entidad. Divulgación de información de la entidad o de ciudadanos. Sanciones a la entidad por inadecuada protección de datos personales o información de soporte legal como las cadenas de custodia.	Las causas no están correctamente formuladas, ya que describen eventos de riesgo o efectos, y no los factores que originan el riesgo.  De acuerdo con la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, las causas deben identificar debilidades en controles, procesos, tecnología o supervisión que puedan generar la materialización del riesgo.  En este caso, las causas mencionadas corresponden a manifestaciones del riesgo, como la manipulación o pérdida de información, lo cual genera duplicidad conceptual entre causa y riesgo.
11	Gestión Documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación, ocultamiento o entrega de expedientes a terceros no autorizados</li> <li>• Eliminación deliberada de documentos que</li> </ul>	Posibilidad de recibir o solicitar dádivas para manipular, ocultar, eliminar o sustraer de forma indebida expedientes y documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Desactualización de Inventario documental.</li> <li>* Reconstrucción documental.</li> <li>* Fraudes, Acciones ilícitas.</li> <li>* Apertura</li> </ul>	Las causas identificadas corresponden a acciones que hacen parte de la materialización del riesgo (manipulación, ocultamiento o eliminación de documentos), lo que genera duplicidad conceptual entre causa y riesgo y limita la adecuada identificación de los factores que facilitan su ocurrencia

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
		<p>contienen hallazgos, pruebas de responsabilidad disciplinaria, fiscal o penal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión de documentos falsos o manipulados durante la reconstrucción de expedientes extraviados</li> <li>Manipulación intencional de condiciones ambientales, de conservación o restauración para justificar pérdida de documentos.</li> <li>Sustracción de folios o expedientes durante traslado del archivo de gestión a nivel central.</li> </ul>	<p>oficiales para beneficio propio o de un tercero</p>	<p>de Investigación disciplinaria.</p>	
13	Gestión de Seguridad y Convivencia	<p>•Registro irregular de cumplimiento de medidas correctivas impuestas en el marco del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, por debilidad en los mecanismos de verificación de asistencia de las personas a las actividades pedagógicas y programas comunitarios.</p> <p>•Desconocimiento o bajo nivel de apropiación, por parte de los funcionarios de la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia, de los principios de integridad institucional, el régimen disciplinario y las consecuencias legales asociadas a actos de corrupción...</p>	<p>Posibilidad que funcionarios y/o colaboradores de la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia incurran en actuaciones inadecuadas o contrarias a la normatividad, para beneficio propio o de un tercero, lo cual podría afectar el cumplimiento de la misionalidad institucional y la confianza ciudadana.</p>	<p>Fuga y mal manejo de la información. Posible pérdida de información pública. Posibles daños a la imagen de la entidad frente a la ciudadanía. Mala manipulación de la información.</p>	<p>En el caso analizado, el riesgo se encuentra formulado de manera general, sin identificar la conducta específica del funcionario que podría materializar el acto de corrupción. Asimismo, las consecuencias identificadas se relacionan principalmente con el manejo de información, lo cual no guarda relación directa con el evento de riesgo planteado.</p>
16	Gestión Financiera	<p>•Adulteración de los documentos legales soporte de pago Incumplimiento de</p>	<p>Posibilidad de dar o recibir dádivas para tramitar pagos</p>	<p>Pagos sin cumplir con los requisitos establecidos</p>	<p>La consecuencia identificada describe la materialización del riesgo y no los efectos institucionales que este podría generar.</p>

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
		funciones por acción u omisión •Falta de personal capacitado para brindar atención y servicio	incumpliendo los requisitos establecidos en el Procedimiento PD-GF-13 Gestión de Pagos, para beneficio propio o de un tercero.		
17	Gestión Estratégica del Talento Humano	Posible intercambio de dádivas entre el funcionario responsable y el contratista no apto para la vacante.	Posibilidad que servidores o contratistas del proceso de gestión humana, de manera irregular, tramiten la posesión de candidatos, sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en el manual de funciones de la entidad y/o asociados a actividades de LA/FT, para un beneficio propio o de terceros.	Sanciones disciplinarias a los funcionarios implicados en la Vinculación viciada	La causa corresponde al acto de corrupción (intercambio de dádivas) y no al factor que facilita que dicho acto ocurra, lo cual genera duplicidad conceptual entre causa y riesgo. Asimismo, la consecuencia definida se limita al impacto disciplinario, se hace necesario considerar otros efectos institucionales derivados de la vinculación irregular de personal como por ejemplo : Afectación al principio de mérito y transparencia en los procesos de vinculación de personal. Vinculación de personas que no cumplen con los requisitos del cargo, lo que puede afectar la calidad y eficiencia del servicio institucional. Riesgos legales o administrativos derivados de la nulidad de actos de nombramiento o posesión irregular. Investigaciones fiscales o disciplinarias por parte de entes de control.
23	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad - PPL-	•Soborno a los funcionarios encargados de la oferta de estos servicios para acelerar tramites o adulterar documentación	Posibilidad de alteración de la información en el SISIPEC web generando beneficio en el trámite de Autorización para ingreso como visitante a la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres.	Oferta parcializada y desproporcionada de los servicios de atención Integral a las PPL	La causa describe directamente el soborno, el riesgo no evidencia de forma explícita el beneficio indebido del funcionario y la consecuencia no se encuentra alineada con el evento de riesgo identificado.
25	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	•Vehículos o equipos de combustión sin autorización para el abastecimiento de combustible	Posibilidad de autorizar el suministro de combustible por el funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes a vehículos y equipos de combustión que no cuenten con solicitud de la agencia y aprobación por parte de la SDSCJ o que no son de propiedad o no	1. Incumplimiento a las obligaciones contractuales. 2. Pérdida de confianza en lo público 3. Detrimento patrimonial 4. Enriquecimiento ilícito de contratistas y/o servidores públicos	La causa identificada describe una condición del proceso (vehículos sin autorización) y no el factor que permite que dicha situación se presente, lo cual limita la adecuada identificación de controles preventivos.

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
27	Gestión Contractual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por falencias en el conocimiento de los contratistas y origen de sus recursos o activos</li> <li>• Por suscribir contratos con personas naturales o jurídicas con infracciones por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas o incluidas en otras listas vinculantes o de control.</li> </ul>	<p>están a cargo de la SDSCJ para beneficio propio o de terceros</p> <p>Posibilidad que la entidad sea utilizada para el LA/FT/FPADM por falencias en el proceso de vinculación de los procesos de contratación de mayor cuantía y la verificación de los documentos que componen la lista de chequeo con la información suministrada por el proponente y ser objeto de sanciones por suscribir contratos con personas naturales o jurídicas incluidas en listas vinculantes o restrictivas.</p>	<p>~Responsabilidades penales, disciplinarias y fiscales</p>	<p>La segunda causa corresponde a la materialización del riesgo (suscribir contratos con personas incluidas en listas restrictivas) y no al factor que lo origina. Asimismo, la consecuencia definida se limita a responsabilidades legales, se hace necesario considerar otros impactos institucionales como: sanciones administrativas, afectación reputacional o riesgos asociados al uso indebido de la contratación pública para fines ilícitos.</p>
28	Gestión de Comunicaciones Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidades en el acceso o custodia de información privilegiada o pública.</li> <li>• Incentivos o presiones externas que favorezcan el uso indebido de la información</li> </ul>	<p>Posibilidad de divulgar, manipular u ocultar información que pueda considerarse pública y de importancia para los grupos de interés de la entidad, para beneficio propio o de un tercero.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confianza y afectación reputacional de la entidad por parte de los ciudadanos (grupos de interés)</li> <li>2. Vulneración de la ley 1712 de 2014 (acceso a la información pública)</li> <li>3. Materialización de posibles actos de corrupción</li> <li>4. Posibles sanciones disciplinarios y/o por entes de control</li> </ol>	<p>La consecuencia denominada "materialización de posibles actos de corrupción" corresponde más a la descripción de un evento de riesgo que a un impacto institucional, por lo cual se recomienda reformularla en términos de efectos sobre la gestión, la transparencia o el cumplimiento normativo de la entidad.</p>
32	Gestión Y Análisis de la Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidades en la construcción de conceptos técnicos sin la completitud de los requerimientos</li> </ul>	<p>Posibilidad de alterar datos o conceptos técnicos emitidos por la Oficina de análisis de información y estudios estratégicos - OAIEE - de la secretaria de Seguridad, para favorecer</p>	<p>Sanciones por parte de entes de control internos y externos. Procesos disciplinarios internos y externos.</p>	<p>La causa presenta imprecisiones en su redacción que dificultan identificar claramente la causa raíz.</p>

N.º Riesgo	Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Comentarios OCI "De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 del DAFP, las causas deben describir los factores que originan el riesgo, mientras que las consecuencias deben reflejar los impactos derivados de su materialización"
			intereses particulares en beneficio propio de un tercero.		
<i>Fuente: Matriz de Riesgos de Corrupción V27 SDSCJ 2025, Elaboración OCI</i>					

**6.4. Etapa 5. Valoración de los Riesgos de Corrupción Y LA/FT**

**OPORTUNIDAD DE MEJORA N. 3**

La Oficina de Control Interno llevó a cabo la verificación de la valoración de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos de corrupción y de LA/FT identificados, con el propósito de determinar el nivel de riesgo, a partir de la probabilidad de su materialización y del impacto que estos podrían generar sobre el cumplimiento de los objetivos del proceso de conformidad con los lineamientos metodológicos desarrollados en el numeral 11.5 de la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 V5 de SDSCJ.

En este sentido, se identificó que los riesgos N. 10, 16 y 22 no fueron ajustados, pese a lo señalado en el numeral 4.1.1 del Informe de Seguimiento a los Riesgos de Corrupción – II Cuatrimestre de 2025, radicado N. 3-2025-41233 del 14-oct-2025 emitido por la OCI, en el cual se señalaron debilidades en su valoración.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el riesgo N. 16, calificado con nivel de probabilidad 4, sugiere su materialización en el último año, y los riesgos N. 10 y 22, con calificación 3, indican una posible materialización en los últimos dos años; no obstante, dichas situaciones no se han presentado en dichos periodos.

Esta situación evidencia una inconsistencia en la asignación de la probabilidad, desatendiendo lo establecido en el numeral 5, tabla denominada “*Criterios para calificar la probabilidad*”, de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. A continuación, se detalla el seguimiento realizado:

*Tabla 3. Valoración Riesgos Corrupción y LA/FT*

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO SIN CONTROLES	NIVEL DE IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	SEGUIMIENTO TERCERA LINEA DE DEFENSA
------------	---------	--------	----------------------------	-----------------------	------------------	--------------------------	--------------------------------------

10	Gestión de Emergencias	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones o multas de entes de control. O por demandas, tutelas, derechos de petición debido al acceso y uso inadecuado dispositivos para la toma de registros multimedia de la información contenida en el software de Gestión de eventos de seguridad y emergencias	3	6	MAYOR	ZONA RIESGO ALTO	Según lo establecido en la Guía versión 6 del DAFP, la categorización en nivel 3 corresponde a eventos que se han presentado al menos una vez en los últimos dos años. No obstante, dado que este riesgo no ha registrado materialización en ese periodo, resulta necesario revisar la pertinencia de su clasificación actual, con el fin de asegurar coherencia metodológica y precisión en la valoración institucional.
16	Gestión Financiera	Posibilidad de dar o recibir dádivas para tramitar pagos incumpliendo los requisitos establecidos en el Procedimiento PD-GF-13 Gestión de Pagos, para beneficio propio o de un tercero.	4	5	MODERADO	ZONA RIESGO ALTO	La categorización en nivel 4 corresponde a eventos que se han presentado al menos una vez en el último año. No obstante, dado que este riesgo no ha registrado materialización en ese periodo, resulta necesario revisar la pertinencia de su clasificación actual.
22	Atención y Relación con el Ciudadano	Posibilidad de recibir o solicitar dádivas para suministrar o alterar información registrada en el reporte de extemporaneidad de gestión de peticiones para beneficio propio o de un tercero.	3	11	MAYOR	ZONA DE RIESGO ALTO	El nivel 3 corresponde a eventos que se han presentado al menos una vez en los últimos dos años. No obstante, dado que este riesgo no ha registrado materialización en ese periodo, resulta necesario revisar la pertinencia de su clasificación actual
<b>Fuente. Matriz de Riesgos de Corrupción V27 2025</b>							

En consecuencia, se recomienda revisar y ajustar la categorización de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, con el fin de asegurar la consistencia técnica en la matriz y fortalecer la trazabilidad del análisis de probabilidad previo a la aplicación de controles.

Asimismo, en atención a que la entidad se encuentra en proceso de actualización e integración de los riesgos, se recomienda que dichos ajustes se realicen de manera articulada y coherente con los lineamientos establecidos en el numeral 3.5 Determinar la probabilidad, de la Guía para la Gestión de Riesgos Integrados – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

## 6.5. Etapa 6. Tratamiento de los Riesgos de Corrupción y LA/FT

### OPORTUNIDAD DE MEJORA N. 4

Como resultado de la revisión integral de la matriz de riesgos, se evidenció que la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 de la SDSCJ, en su numeral 11.6, correspondiente a la Etapa 6: Tratamiento del riesgo de corrupción, establece de manera expresa que, dado que los niveles de impacto definidos para este tipo de riesgos (Moderado, Mayor y Catastrófico) implican una alta criticidad, ninguna línea de defensa puede optar por no implementar medidas orientadas a la mitigación del riesgo inherente.

En este apartado se destacan las medidas de tratamiento:

- Reducir el riesgo: Implementación de controles para disminuir la probabilidad y/o el impacto.
- Evitar el riesgo: Eliminación de actividades críticas que facilitan la materialización del riesgo.
- Compartir el riesgo: Disminución del impacto y/o probabilidad mediante su transferencia a otro proceso de la Entidad o a un tercero, por ejemplo, a través de una póliza de seguro.

Sin embargo, se evidenció que esta definición se ubica antes del numeral 11.7, *Etapa 7: Creación de Controles*, lo cual resulta metodológicamente impreciso, ya que la decisión de tratamiento del riesgo debe realizarse una vez se ha determinado el riesgo residual, y no de manera previa. Este abordaje puede generar confusión en la interpretación y aplicación de la guía por parte de los diferentes procesos institucionales.

Por lo mencionado, se sugiere actualizar la *Guía de Administración de Riesgos G-FI-04* para que la etapa de tratamiento sea presentada en concordancia con lo establecido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del DAFP, frente al tratamiento de riesgos. De esta manera, se asegura coherencia metodológica, se evita ambigüedad y se fortalece la trazabilidad en la gestión de riesgos de corrupción.

## 6.6. Etapa 7. Diseño de Controles

### OPORTUNIDAD DE MEJORA N. 5

La Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 de la SDSCJ, en su numeral 11.7, correspondiente a la Etapa 7: creación del control, establece lo siguiente.

*“(...) se tienen dos tipos de controles aplicables a esta tipología de Riesgos:*

*Control preventivo: buscan evitar que el evento de riesgo se materialice (disminuyen la probabilidad) y están orientados a atacar las causas que facilitan la materialización del evento de riesgo:*

*Control detectivo: buscan identificar la situación no deseada, una vez se haya presentado, y tiene por objetivo minimizar el impacto de la materialización del evento de riesgo, por eso este tipo de riesgo está encaminado a disminuir las consecuencias del riesgo. (...)”*

Con fundamento en la disposición señalada, la Oficina de Control Interno efectuó la evaluación de treinta y nueve (39) controles, evidenciando que doce (12), equivalentes al 30,76 %, presentan una clasificación inadecuada en relación con su tipología (preventiva o detectiva).

Esta situación genera inconsistencias en la gestión del riesgo, en la medida en que dificulta la identificación precisa de la naturaleza de los controles, limita la efectividad de las medidas implementadas y propicia posibles brechas en la cobertura de riesgos críticos. En consecuencia, se

incrementa la probabilidad de que determinados eventos no sean mitigados de manera oportuna, lo cual puede afectar la confiabilidad del sistema y la solidez en la toma de decisiones estratégicas, como se detalla a continuación:

Tabla 4. Diseño de Controles

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	No Control	NOMBRE DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	COMENTARIOS OCI
1	Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	Posibilidad que funcionarios o contratistas manipulen de manera mal intencionada los informes de procesos vinculados al PDJJR (Programa de Justicia Juvenil Restaurativa), generando decisiones direccionadas para beneficio de terceros.	1	Los profesionales designados por la Coordinación del PDJJR verifican, aprueban y firman cada vez que se requiera los informes: (Informe Inicial, Informe de seguimiento al proceso de atención, Informe Final, Informe Extraordinario, Informe de Seguimiento y Mantenimiento y el Informe integral de Cierre). El contenido de los mismos requiere la validación técnica conjunta de los profesionales mencionados.  En el caso de presentarse desacuerdo con el informe requerido, este es llevado cuando se requiera a un análisis de caso interno o en conjunto entre los profesionales del PDJJR, y las autoridades del SRPA. Toda vez que los informes son de carácter reservado y que solo pueden ser revisados por personal autorizado. Como evidencia se contará con un correo electrónico mensual, que debe ser enviado dentro de los primeros 5 días del mes por el/la líder del programa Distrital de Justicia Juvenil Restaurativa dirigido al director de Responsabilidad Penal Adolescente en el que se relacionen los informes remitidos a las autoridades en el mes anterior. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que aunque incluye revisiones previas, el control se activa principalmente:  Sobre productos ya elaborados (informes). Mediante verificación, validación y revisión posterior. Con mecanismos de seguimiento y reporte mensual  Su finalidad se centra en:  Identificar errores, inconsistencias o desviaciones, asegurar la calidad antes de su remisión o evidenciar situaciones para corrección  Dejar trazabilidad de lo ocurrido  Por lo anterior, esto correspondería a la lógica de un control detectivo, ya que no ataca directamente las causas del riesgo antes de que ocurra, sino que revisa y detecta situaciones una vez el proceso ha avanzado o se ha ejecutado.
2	Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	Posibilidad que colaboradores o funcionarios soliciten o reciban dádivas durante la prestación de los servicios de la Dirección de Acceso a la Justicia, ofrecidos en los distintos canales de atención (presencial o virtual), para el favorecimiento en nombre propio o de un tercero.	1	El profesional asignado por la dirección de Acceso a la Justicia verifica cada vez que se requiera si en el registro de PQRSDF u oficios radicados a la dirección se encuentran asociados a posibles actos de corrupción, como evidencia de ejecución del control se adjunta la base de PQRSDF con la relación de solicitudes allegadas a la dirección y correo electrónico notificando el evento. En caso de que no se presenten PQRSDF u oficios sobre actuaciones inadecuadas asociadas a posibles actos de corrupción se adjunta únicamente la base PQRSDF verificada.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que se basa en la revisión de registros existentes (PQRSDF y oficios radicados), el control se activa con la verificación se realiza sobre hechos ya ocurridos (solicitudes recibidas).  Su propósito es identificar posibles actos de corrupción a partir de la información disponible. Incluye notificación del evento cuando se detecta, lo que evidencia una acción posterior. Genera trazabilidad (base de datos y correo electrónico).  En consecuencia, el control no evita directamente que ocurra el riesgo, sino que permite: Detectar señales o indicios de materialización y activar acciones posteriores.
6	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	Posibilidad que los servidores públicos o contratistas del proceso reciban o soliciten dádivas para favorecer	1	El profesional especializado del proceso verifica mensualmente que se hayan cumplido los controles técnicos, tecnológicos y humanos de acceso a las instalaciones de la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres, como evidencia de ejecución del control se cuenta con el memorando electrónico de reporte a la dirección de	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que se realiza una verificación mensual, es decir, posterior a la ejecución de los controles de acceso, el control evalúa si los controles técnicos, tecnológicos y humanos ya se cumplieron.

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	No Control	NOMBRE DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	COMENTARIOS OCI
		indebidamente a personas privadas de la libertad en la prestación de los servicios de seguridad, atención a trámites jurídicos y atención integral básica, generando beneficios particulares propios o de un tercero en detrimento de la transparencia e igualdad en la Entidad.		establecimiento. En caso de identificar situaciones atípicas o quejas asociadas a fallas en el ingreso, se tomarán las acciones pertinentes, como evidencia de la desviación se hará la salvedad en correo electrónico y se determinarán las acciones correctivas correspondientes.		Su objetivo es identificar fallas, situaciones atípicas o quejas en el proceso de ingreso y contempla la generación de reportes y acciones correctivas cuando se detectan desviaciones. Por tanto, el control No actúa directamente sobre las causas antes de que ocurra el riesgo, sino que revisa y detecta posibles fallas una vez el proceso ha sido ejecutado, permitiendo mitigar el impacto mediante acciones correctivas.
6	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	Posibilidad que los servidores públicos o contratistas del proceso reciban o soliciten dádivas para favorecer indebidamente a personas privadas de la libertad en la prestación de los servicios de seguridad, atención a trámites jurídicos y atención integral básica, generando beneficios particulares propios o de un tercero en detrimento de la transparencia e igualdad en la Entidad.	2	El profesional especializado del área jurídica de la Cárcel Distrital y del CER, verifica cada vez que se presente una orden de libertad, que se haya cumplido con los procedimientos y protocolos definidos en el PDG-IP 07 "Egreso De La Persona Privada De La Libertad – Cárcel Distrital", como evidencia se cuenta con correo electrónico mensual dirigido a la dirección del establecimiento, donde se concluye el total de boletas y su respectiva gestión. En caso de identificar que se haya vulnerado algún control definido, por parte de un funcionario o contratista, se toman acciones correspondientes para corregir el evento, y se presenta informe de la posible situación anómala.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que se ejecuta cada vez que ya existe una orden de libertad, es decir, posterior al desarrollo del proceso.  Consiste en verificar el cumplimiento de procedimientos y protocolos ya aplicados. Incluye consolidación y reporte mensual (correo con total de boletas y gestión). Contempla la identificación de incumplimientos y la generación de informes de situaciones anómalas. Activa acciones correctivas cuando se detectan desviaciones.  En consecuencia, el control No previene directamente la ocurrencia del riesgo desde su causa, sino que revisa y detecta incumplimientos una vez ejecutado el proceso, permitiendo corregir y mitigar sus efectos.
8	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	Posibilidad de suministro de combustible por parte de los proveedores a vehículos que no son de propiedad o no están a cargo de la SDSCJ para beneficio propio o de terceros	3	El funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes, verifica la aplicación de los lineamientos establecido en el procedimiento PD-FC-4 de acuerdo con la programación mensual de visitas a las estaciones de servicio, momento en el cual también se realiza sensibilización al personal del proveedor sobre los lineamientos de suministro de combustible en la estación. En caso de encontrar incumplimiento en la aplicación de los lineamientos, se notificará al proveedor o a la agencia respectiva vía correo electrónico u oficio. Como evidencia se cuenta con el cronograma de visitas, Acta de reunión F-DS-10 y/o correos electrónicos u oficios. El cargue de las evidencias se realizara cuatrimestralmente.	Detectivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Preventivo, dado que a través de visitas programadas y la sensibilización al personal del proveedor sobre los lineamientos del procedimiento, se busca evitar incumplimientos y asegurar la correcta ejecución del suministro de combustible.

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	No Control	NOMBRE DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	COMENTARIOS OCI
10	Gestión de Emergencias	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones o multas de entes de control. O por demandas, tutelas, derechos de petición debido al acceso y uso inadecuado dispositivos para la toma de registros multimedia de la información contenida en el software de Gestión de eventos de seguridad y emergencias	1	El Profesional encargado por el Jefe del C4, verifica mensualmente el seguimiento efectuado por el personal contratista de seguridad y vigilancia al ingreso indebido de elementos o dispositivos electrónicos a la SUR, para lo cual el profesional designado remite correo al Jefe del C4 indicando las novedades presentadas durante el mes. Como prueba quedaran los registros de las cámaras del sistema de video vigilancia del edificio por un periodo de 90 días para consulta antes de que se reescriban los videos. Como evidencia queda el correo de parte del profesional designado indicando los eventos o incidentes presentados al Jefe del C4 o el Correo indicando que no se evidencio ningún ingreso de elementos o dispositivos electrónicos indebidos. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, dado que consiste en la verificación mensual del seguimiento realizado al control de ingreso de elementos, apoyado en registros de videovigilancia y reportes de novedades, con el fin de identificar posibles ingresos indebidos y gestionar las acciones correspondientes para mitigar el impacto del riesgo.
10	Gestión de Emergencias	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones o multas de entes de control. O por demandas, tutelas, derechos de petición debido al acceso y uso inadecuado dispositivos para la toma de registros multimedia de la información contenida en el software de Gestión de eventos de seguridad y emergencias	2	La supervisión del contrato de interventoría al convenio con el Operador Tecnológico (Empresa de telecomunicaciones de Bogotá-ETB) recibe el informe de la interventoría en el cual manifiesta la verificación y aprobación mensual del informe de gestión del Operador el cual incluye el registro de debilidades y la identificación de vulnerabilidades a la infraestructura y plataforma tecnológica del C4, actividad que se realiza dentro de los primeros 10 días hábiles del mes vencido. En caso de no contar con los informes de la interventoría, la supervisión emite notificación al supervisor del convenio quien procede con las notificaciones pertinentes. Como evidencia se tienen los correos con la notificación de aprobación del informe de ETB por parte de la Interventoría y los Informes mensuales del operador tecnológico (Capitulo 3, aparte 3.8 eventos de seguridad) mes vencido. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, dado que consiste en la revisión y aprobación mensual de los informes del operador tecnológico por parte de la interventoría, mediante los cuales se identifican debilidades y vulnerabilidades en la infraestructura tecnológica, permitiendo su seguimiento y la adopción de acciones para mitigar el impacto del riesgo.
12	Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad	Posibilidad de que servidores públicos o contratistas manipulen, alteren o utilicen indebidamente los bienes propiedad y al servicio institucional, con el fin de obtener beneficios propios o para terceros	2	El almacenista general verifica cada vez que se requiera la realización del seguimiento a los traslados de bienes al servicio de la Entidad, dejando como evidencia los comprobantes de traslado en el formato F-GRF-1103. En caso de no efectuarse la verificación, se debe justificar mediante memorando dirigido al superior inmediato.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, dado que consiste en el seguimiento y verificación de los traslados de bienes ya realizados, mediante la revisión de los comprobantes correspondientes, con el fin de identificar posibles inconsistencias y asegurar la trazabilidad del proceso.

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	No Control	NOMBRE DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	COMENTARIOS OCI
13	Gestión de Seguridad y Convivencia	Posibilidad que funcionarios y/o colaboradores de la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia incurran en actuaciones inadecuadas o contrarias a la normatividad, para beneficio propio o de un tercero, lo cual podría afectar el cumplimiento de la misionalidad institucional y la confianza ciudadana.	1	1 El Director (a) de prevención y cultura ciudadana, o quien este delegue verifica trimestralmente, la correspondencia entre la relación de las personas que fueron agendadas, listados de asistentes y listado de certificados, dejando en un acta los resultados de la verificación. En caso de que se evidencien diferencias, solicitará a los responsables, establecer la falencia y tomar las medidas del caso, dejando claridad en el acta de seguimiento si corresponde a la materialización de un riesgo de corrupción	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, dado que consiste en la verificación periódica de la coherencia entre los registros de agendamiento, asistencia y certificación, con el fin de identificar inconsistencias y determinar la posible materialización de riesgos, permitiendo la adopción de medidas correctivas.
13	Gestión de Seguridad y Convivencia	Posibilidad que funcionarios y/o colaboradores de la Subsecretaría de Seguridad y Convivencia incurran en actuaciones inadecuadas o contrarias a la normatividad, para beneficio propio o de un tercero, lo cual podría afectar el cumplimiento de la misionalidad institucional y la confianza ciudadana.	4	4 El subsecretario (a) de Seguridad y convivencia verifica por lo menos una vez al año que la documentación asociada al proceso de gestión de seguridad y convivencia (GS) se encuentre actualizada, dejando constancia trimestral del avance en un acta que describa las revisiones realizadas. En caso de no contar con actualizaciones a los documentos, se dejará la constancia del motivo por el cual no se requirió la actualización.	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que se realiza de forma periódica (al menos una vez al año), es decir, posterior a la gestión documental del proceso.  Consiste en verificar si la documentación ya existente se encuentra actualizada. Su propósito es identificar posibles desactualizaciones o inconsistencias en los documentos. Incluye la dejar constancia del estado o de la no actualización, lo cual es una acción de seguimiento.  En consecuencia, el control No previene directamente la desactualización de documentos, sino que permite detectarla y dejar trazabilidad sobre su estado, facilitando decisiones o acciones posteriores
14	Gestión de Tecnologías de la Información	Posibilidad de que colaboradores de la Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información soliciten o reciban dadas con el fin de manipular, administrar o dar acceso a la información catalogada como clasificada o reservada bajo la custodia de la DTSI para beneficio propio o de un tercero.	1	1 El profesional designado por el Director de Tecnologías y Sistemas de la Información revisará cuatrimestralmente una muestra aleatoria de los logs de auditoría de los sistemas de información, bases de datos, repositorios y seguridad perimetral para la identificación posibles accesos o modificaciones de información no autorizados. Como evidencia de la ejecución del control se contará con el informe de la verificación realizada.  En el evento de no contar con la revisión de los logs de auditoría, se llevará a cabo una mesa de trabajo en las que se identifiquen las causas de la situación y se adelanten las acciones correctivas requeridas. Como evidencia se contará con el acta de la mesa de trabajo adelantada.  El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, ya que se basa en la revisión de logs de auditoría, los cuales registran eventos ya ocurridos en los sistemas.  La actividad es cuatrimestral y sobre muestras aleatorias, lo que evidencia un análisis posterior. Su objetivo es identificar accesos o modificaciones no autorizadas, es decir, detectar posibles incidentes de seguridad. Incluye la generación de informes y acciones correctivas cuando no se realiza la revisión o se identifican situaciones.  En consecuencia, el control No evita directamente que ocurran accesos indebidos, sino que permite detectarlos una vez suceden, facilitando la gestión de incidentes y mitigación del impacto.

RIESGO N.º	PROCESO	RIESGO	No Control	NOMBRE DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	COMENTARIOS OCI
23	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	Posibilidad de alteración de la información en el SISIPPEC web generando beneficio en el trámite de Autorización para ingreso como visitante a la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres.	1	El líder y el equipo de Atención Integral verifican la ejecución del registro de las novedades en el sistema SISIPPEC Web bimensualmente, a través de la revisión del formato de autorización de visitas firmado por las PPL y los servidores de Atención Integral contra la información registrada en el sistema. En caso de evidenciar fallas en el diligenciamiento del formato se procede con el ajuste y registro en el acta. Como evidencia queda el acta de reunión. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente	Preventivo	Se identificó que este Control debería clasificarse con tipología Detectivo, dado que consiste en la verificación periódica de la información registrada en el sistema frente a los formatos físicos, con el fin de identificar inconsistencias en el registro de novedades y gestionar los ajustes correspondientes para mitigar el impacto del riesgo.

Fuente: Matriz de Riesgos de Corrupción V27 SDSCJ 2025, Elaboración OCI

### 6.7. Etapa 8. Calificación del control

La Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 de la SDSCJ, en su numeral 11.8, correspondiente a la Etapa 8: Calificación del control, establece lo siguiente.

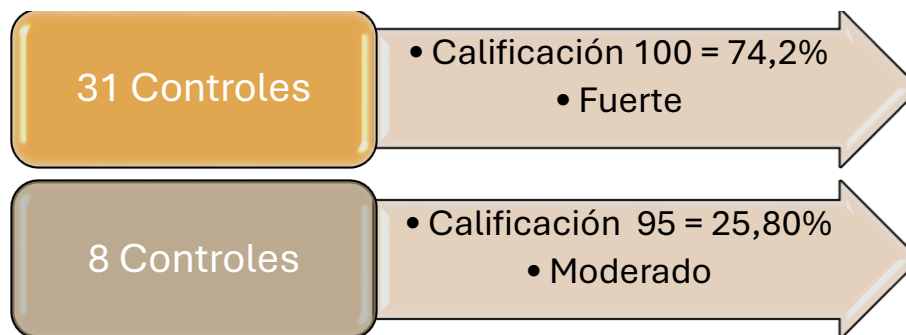
“Una vez se haya estructurado el control se debe pasar a una etapa de calificación de su efectividad en la tarea de mitigar el riesgo, para esto se debe presentar una evaluación del control con base en el análisis de las características presentadas.

(...)

A continuación, se presentan los criterios para calificar la efectividad del control, con ello se busca obtener una calificación de 0 a 100, en cumplimiento de las características mencionadas en el numeral antes mencionado, cada respuesta tiene un peso específico y no pueden existir respuestas diferentes a las relacionadas (...)

En este sentido, una vez evaluada la calificación del control se observó que del total de 39 controles evaluados, 31 alcanzaron una calificación **fuerte**, reflejando un nivel de implementación sólido en la mayoría de los casos. Sin embargo, 8 controles presentan una valoración **moderada**, lo que evidencia áreas específicas que requieren atención y fortalecimiento:

Ilustración 2 Evaluación ejecución de Controles



Fuente.

[https://scjgovcol.sharepoint.com/:x:/s/OficinaAsesoradePlaneacin/EckNTszkNjpOq4RZgi-acVQBe7\\_J22BIB-plCows8VaQuA?e=mlmys0](https://scjgovcol.sharepoint.com/:x:/s/OficinaAsesoradePlaneacin/EckNTszkNjpOq4RZgi-acVQBe7_J22BIB-plCows8VaQuA?e=mlmys0)

En seguimiento y evaluación de la ejecución de los controles definidos en la Matriz de Riesgos de Corrupción de la SDSCJ versión 27, se efectuó una revisión de la coherencia, suficiencia y completitud de los soportes reportados por la primera línea de defensa.

Como resultado se identificó que las evidencias de ejecución de ocho (8) de los treinta y nueve (39) controles, equivalentes al 20,51% presentan observaciones relacionadas con la ausencia de soportes documentales. A continuación, se detallan las observaciones específicas encontradas:

Tabla 5. Evaluación a la ejecución de controles

RIESGO #	PROCESO	CONTROL #	Observación Tercera Línea de Defensa (3LD)
6	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	El profesional especializado del área jurídica de la Cárcel Distrital y del CER, verifica cada vez que se presente una orden de libertad, que se haya cumplido con los procedimientos y protocolos definidos en el PDG-IP 07 "Egreso De La Persona Privada De La Libertad – Cárcel Distrital", como evidencia se cuenta con correo electrónico mensual dirigido a la dirección del establecimiento, donde se concluye el total de boletas y su respectiva gestión. En caso de identificar que se haya vulnerado algún control definido, por parte de un funcionario o contratista, se toman acciones correspondientes para corregir el evento, y se presenta informe de la posible situación anómala.	Control 2: Aunque el proceso aportó el correo electrónico que consolida el total de boletas, se evidenció que la periodicidad indicada ("cada vez que se requiera") no resulta coherente con lo establecido en la evidencia, la cual corresponde al envío <u>mensual</u> de correos electrónicos.
8	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	El funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes, verifica de manera aleatoria la instalación y el estado de los chips de suministro de combustible a los vehículos que ingresan a la estación de servicio al momento de realizar la visita de acuerdo con la programación mensual. En caso de encontrar avería en el chip se solicita su arreglo en la misma estación de servicio de ser posible o se retira del vehículo y se programa la reinstalación lo cual se registra mediante Acta de Reunión. Como evidencia se cuenta con Acta de reunión F-FI-1380 o F-GCT-1152 Acta de Visita de Campo y el cronograma de visitas. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 2: El proceso aportó un pantallazo de la actualización del procedimiento y el documento PD-AB-05 V2; sin embargo, no presentó los soportes correspondientes al formato F-FI-1380 (Acta de reunión) ni al cronograma. La ausencia de estos elementos limita la validación integral del control, dado que, aunque se evidencia la actualización normativa, no se cuenta con pruebas que respalden la planificación y seguimiento de las actividades asociadas
8	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	El funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes, verifica la aplicación de los lineamientos establecido en el procedimiento PD-FC-4 de acuerdo con la programación mensual de visitas a las estaciones de servicio, momento en el cual también se realiza sensibilización al personal del proveedor sobre los lineamientos de suministro de combustible en la estación. En caso de encontrar incumplimiento en la aplicación de los lineamientos, se notificará al proveedor o a la agencia respectiva vía correo electrónico u oficio. Como evidencia se cuenta con el cronograma de visitas, Acta de reunión F-DS-10 y/o correos electrónicos u oficios. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 3: El proceso aportó un pantallazo de la actualización del procedimiento y el documento PD-AB-05 V2; sin embargo, no presentó los soportes correspondientes al formato F-FI-1380 (Acta de reunión) ni al cronograma. La ausencia de estos elementos limita la validación integral del control, dado que, aunque se evidencia la actualización normativa, no se cuenta con pruebas que respalden la planificación y seguimiento de las actividades asociadas
10	Gestión de Emergencias	El Profesional encargado por el Jefe del C4, verifica mensualmente el seguimiento efectuado por el personal contratista de seguridad y vigilancia al ingreso indebido de elementos o dispositivos electrónicos a la SUR, para lo cual el profesional designado remite correo al Jefe del C4 indicando las novedades presentadas durante el mes. Como prueba quedaran los registros de las cámaras del sistema de video vigilancia del edificio por un periodo de 90 días para consulta antes de que se reescriban los videos. Como evidencia queda el correo de parte del profesional designado indicando los eventos o incidentes presentados al Jefe del C4 o el Correo indicando que no se evidencio ningún ingreso de elementos o dispositivos electrónicos indebidos. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 1. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes (correo de parte del profesional designado indicando los eventos o incidentes presentados al Jefe del C4 o el Correo indicando que no se evidencio ningún ingreso de elementos o dispositivos electrónicos indebidos).

RIESGO #	PROCESO	CONTROL #	Observación Tercera Línea de Defensa (3LD)
10	Gestión de Emergencias	El Jefe del C4 con el apoyo del personal de capacitación verifica el cumplimiento de los entrenamientos al personal del C4 acorde al Instructivo de Formación para el Sistema NUSE Operadores de la S.U.R. y operadores de agencias del despacho I-GE-1 y el cronograma de capacitación estipulado. Para los casos en los cuales no se logre desarrollar alguna actividad de capacitación se procede con reprogramación y el ajuste de cronograma. Como evidencia se cuenta con los listados de asistencia, material de capacitación y el acta de reunión con la verificación del cumplimiento del cronograma por parte del personal de capacitación del C4. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 3. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes (listados de asistencia, material de capacitación y el acta de reunión con la verificación del cumplimiento del cronograma por parte del personal de ).
11	Gestión Documental	El servidor o contratista encargado del archivo central verifica que las solicitudes de acceso físico al archivo cumplan con los requisitos establecidos por la dirección, como evidencia de ejecución el control se cuenta con documento de autorización de ingreso. En caso de que la solicitud no cumpla con los parámetros o requisitos se devuelve por el mismo medio en que se realizó la solicitud.	Control 2. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes
12	Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad	El almacenista general verifica cada vez que se requiera la realización del seguimiento a los traslados de bienes al servicio de la Entidad, dejando como evidencia los comprobantes de traslado en el formato F-GRF-1103. En caso de no efectuarse la verificación, se debe justificar mediante memorando dirigido al superior inmediato.	Control 2. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes
16	Gestión Financiera	Los funcionarios y/o contratistas de la Dirección Financiera, verifican cada vez que es radicada una cuenta por medio del Aplicativo de Gestión Documental al usuario creado para tal fin (DF CUENTAS CONTINGENCIA), de acuerdo con el I-GF-10.; verificando de lo siguiente: a. Calculo manual del CERTIFICADO DE SUPERVISION E INTERVENTORIA PARA GESTIÓN DE CUENTAS.GF b. Instructivo de pagos de la Dirección Financiera (I-GF-1) c. Minuta del contrato. De no encontrarse acorde con lo establecido en el literal b., c., y si la información financiera no corresponde a lo certificado, o de no cumplir con los requisitos para continuar con el trámite de pago se procede a remitir correo al supervisor del contrato con copia al contratista, donde se evidencie el motivo por el cual no puede continuar para trámite de pago y se procede con el cierre del radicado. La cuenta pasara por revisión contable y presupuestal registrando esta trazabilidad en el sistema de Gestión Documental. Finalmente se realiza una revisión final por parte de los funcionarios designados por la Dirección verificando el llenado de los requisitos para pago, si en esta o cualquier instancia de la revisión se identifica incumplimiento de los requisitos, la cuenta se devuelve y los motivos se evidenciarán en el correo que se le remita al supervisor con copia al contratista. La evidencia del trámite sea aprobado o rechazado; queda evidenciado en el sistema de gestión documental. Las evidencias de seguimiento al Riesgo son alimentadas de manera cuatrimestral en la carpeta SharePoint mediante relación en Excel de la radicación del sistema Gestión Documental al usuario DF CUENTAS CONTINGENCIA. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 1: Se valida la ejecución del control mediante el formato de control de OPS mensual. No obstante, la evidencia no es coherente con lo señalado en la columna (evidencias) que relaciona el sistema de gestión documental, este último integra múltiples actividades y registros documentales y no esta alineado a la descripción del control. Para mitigar este riesgo, se recomienda garantizar que la evidencia del control sea precisa y alineada con el formato correspondiente. Además, establecer mecanismos de revisión que permitan asegurar la correcta documentación de los procesos contribuirá a mejorar la gestión y facilitar la validación en los seguimientos.

Fuente.

<https://scjgovcol.sharepoint.com/:f:/r/sites/OficinaAsesoradePlaneacin/Documents%20compartidos/EVIDENCIAS%20SIG/RIESGOS%20DE%20CORRUPCION?csf=1&web=1&e=IIEJtP>

De otra parte y de acuerdo a la información reportada por los procesos, se identificó que, durante el periodo evaluado, no se registraron eventos de materialización de riesgos de corrupción por parte de la primera línea de defensa.

#### **6.8. Etapa 9. Nivel de Riesgos Residual**

En validación del nivel de riesgo residual a partir de los criterios establecidos en el numeral 11.9. de la Guía de Administración de Riesgos G-FI-04 de la SDSCJ, se observó que la calificación de solidez efectuada por la segunda línea de defensa 2LD, de los controles implementados frente al Riesgo de Corrupción, se establece la lógica que permite definir cómo el nivel del riesgo residual se desplaza en el mapa de calor institucional.

Esta oficina identificó que:

- La valoración de los controles refleja su capacidad real de mitigar las causas del riesgo de corrupción.
- El desplazamiento del riesgo residual en el mapa de calor se fundamenta en criterios objetivos y trazables, garantizando consistencia metodológica.
- Se evidencia la reducción del nivel de exposición frente al riesgo, en función de la eficacia y solidez de los controles aplicados.
- La entidad mantiene un registro claro de la relación entre la calificación de los controles y la posición final del riesgo residual.

No obstante, se precisa que esta oficina tuvo discrepancias en 8 calificaciones de control, por falta de soporte documental, de esta manera, se sugiere al proceso que durante el proceso que se está adelantado con la transición en la implementación de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, se asegure que la administración del riesgo de corrupción se efectúa con base en un análisis técnico, lógico y verificable, que respalde la toma de decisiones y la gestión institucional.

#### **6.9. Etapa 10. Tratamiento del Riesgo Residual**

En concordancia con el numeral 10 de la Política de Administración de Riesgos de la SDSCJ (PO-FI-02), el tratamiento del riesgo se analizó frente al riesgo residual registrado por la segunda línea de defensa 2LD. En este sentido, la revisión de la adecuada posición del riesgo posterior a la ejecución de los controles permitió determinar que:

- Los controles aplicados son pertinentes y proporcionales a la naturaleza del riesgo.
- Se evidencia una reducción efectiva de la probabilidad del riesgo.
- El riesgo residual se encuentra dentro de los parámetros de tolerancia definidos por la entidad.
- Se asegura la trazabilidad del análisis y la justificación de las medidas adoptadas.

Con ello, la entidad cumple con los lineamientos de gestión, capacidades de recursos y naturaleza del riesgo, consolidando un proceso de administración que previene, mitiga o elimina los riesgos

de manera sistemática y conforme a las posibilidades de gestión institucional.

**7. Revisión Acciones del Plan de Mejoramiento Interno**

**OBSERVACIÓN 1: INEFECTIVIDAD PLAN DE MEJORAMIENTO N° 539**

En la revisión del plan de mejora N. 539 en el aplicativo ITS formulado para atender las debilidades previamente señaladas en el Informe de Seguimiento del Tercer Cuatrimestre del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024 v.3 y en el Mapa de Riesgos de Corrupción 2024 v.25, Radicado N. 3-2025-2155, se observa que fue subsanada y aparece en el portal MIPG en estado (cerrada/vencida). No obstante, en el presente seguimiento persisten debilidades en la completitud y confiabilidad de la información registrada por los procesos en relación con la ejecución de 8 controles. El detalle de estas observaciones se encuentra consignado en el numeral 6.7 *Evaluación de la ejecución de los controles de la Matriz de Riesgos de Corrupción versión No. 27* del presente informe. Lo anterior evidencia una ineffectividad del Plan de Mejora 539, al no garantizar plenamente la calidad y consistencia de la información requerida para la adecuada gestión del riesgo. Desatendiendo lo establecido en el numeral 10. IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO (RIESGOS DE CORRUPCIÓN) de la Guía G-FI-04 – Versión 5. generando vulnerabilidad institucional frente a auditorías externas, pérdida de credibilidad en los informes de seguimiento que afectan la transparencia y efectividad del sistema de gestión pública.

*Tabla 6 Inefectividad Plan de Mejora 539*

Observación N.1 OCI según Rad N. 3-2025-2155	Fecha Fin	Estado	Seguimiento OCI para cierre del Plan N. 539	Observaciones OCI III Cuatrimestre de 2025
<p>Falencias en la identificación y ejecución de los riesgos de corrupción de acuerdo con lo establecido en la Guía G-FI-04 – Versión 3.</p> <p>Teniendo en cuenta lo observado por esta Oficina en los Informes de la vigencia y una vez validada la estructura de los controles se evidencia que, si bien estos cumplen con los aspectos definidos en la Guía, es decir, se identifica: Responsable, Objetivo del control, periodicidad, acción y evidencia de esta; y que se debe hacer en caso de presentarse desviaciones; es importante que la 1LD y 2LD verifiquen en la descripción de los controles, si la acción establecida es coherente con la evidencia de la acción y el objetivo del control; lo cual incumple con lo establecido en el numeral 10. IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO (RIESGOS DE CORRUPCIÓN) de la citada Guía; lo cual no permite a la 3LD realizar a completitud la evaluación de la veracidad, completitud y confiabilidad de la información registrada por los procesos y la 2LD respecto</p>	<p>31/07/2025</p>	<p><b>Cerrada /Vencida</b></p>	<p><b>2025-09-11:</b> Teniendo en cuenta la acción y unidad de medida establecida, se acepta el reporte (extemporáneo el 11 de septiembre 2025) del 100% de cumplimiento, al observar publicada la actualización de la MRC de la SDSCJ en el botón de transparencia - planeación - plan de acción, archivo Matriz General de Riesgos de Corrupción - Versión 27 -2025. <a href="https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/plan-accion">https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/plan-accion</a> <a href="https://scj.gov.co/sites/default/files/2025-09/Matriz%20de%20Riesgos%20de%20Corrupcion%20%20Version%2027_0.xlsx">https://scj.gov.co/sites/default/files/2025-09/Matriz%20de%20Riesgos%20de%20Corrupcion%20%20Version%2027_0.xlsx</a></p> <p><b>2025-03-02:</b> Se realiza registro de la acción en el Portal MIPG, se recuerda que la matriz actualizada debe estar publicada en la web de la entidad y el reporte de avance debe realizarse en los tiempos establecidos en el procedimiento SM-PD-04.</p>	<p>Aunque la acción prevista fue ejecutada y formalmente cerrada, en el presente seguimiento persisten debilidades en la completitud y confiabilidad de la información registrada tanto por los procesos como por la Segunda Línea de Defensa (2LD), en relación con la ejecución de 13 controles. El detalle de estas observaciones se encuentra consignado en el numeral 6.7 – Evaluación de la ejecución de los controles, Matriz de Riesgos de Corrupción, versión No. 27 del presente informe.</p> <p>Lo anterior evidencia una ineffectividad del Plan de Mejora 539, al no garantizar plenamente la calidad y consistencia de la información requerida para la adecuada gestión del riesgo.</p>

la ejecución de los controles asociados para la mitigación de los riesgos.

Fuente: Portal MIPG de la SDSCJ, Plan de mejoramiento N. 539

La tabla anterior genera observación orientada para todos los procesos, con el propósito de robustecer los mecanismos de seguimiento y verificación de la ejecución de controles, asegurando el registro de información oportuna, íntegra y trazable, que no comprometa la efectividad del plan de mejora, Asimismo, resulta fundamental que la segunda línea de defensa (2DL), una vez realizados los seguimientos, informe las debilidades detectadas a cada proceso responsable del cargue, con el fin de que se implementen las acciones correctivas correspondientes, se documenten las medidas adoptadas y se asegure la trazabilidad de los resultados en los informes de seguimiento.

**Respuesta proceso auditado:**

“ (...) Con base en el cuadro remitido por la OCI en el correo electrónico, se analizan las situaciones relacionadas:

RIESGO #	PROCESO	CONTROL #	Observación Tercera Línea de Defensa (3LD)
6	Gestión Integral a las Personas Privadas de la Libertad -PPL-	El profesional especializado del área jurídica de la Cárcel Distrital y del CER, verifica cada vez que se presenta una orden de libertad, que se haya cumplido con los procedimientos y protocolos definidos en el PDG-HP 07 “Egreso De La Persona Privada De La Libertad – Cárcel Distrital”, como evidencia se cuenta con correo electrónico mensual dirigido a la dirección del establecimiento, donde se concluye el total de boletas y su respectiva gestión.  En caso de identificar que se haya vulnerado algún control definido, por parte de un funcionario o contratista, se toman acciones correspondientes para corregir el evento, y se presenta informe de la posible situación anómala.	Control 2: Aunque el proceso aportó el correo electrónico que consolida al total de boletas, se evidenció que la periodicidad indicada (“cada vez que se requiera”) no resulta coherente con lo establecido en la evidencia, la cual corresponde al envío <u>mensual</u> de correos electrónicos.

1. Al parecer se confunden los términos ejecución, monitoreo, seguimiento y reporte; para este caso, el control se ejecuta cada vez que se presenta una orden de libertad, el profesional debe verificar. Ahora bien, el control se consolida y reporta mensualmente para su seguimiento, y se reporta a la OAP trimestralmente.

Conclusión: Lo anterior evidencia que los monitoreos de la OAP son coherentes y técnicamente correctos, en el caso de identificar una debilidad por parte de la OCI, estaría asociada al proceso, por lo cual se insta a la OCI, a fortalecer las recomendaciones u observaciones al proceso (...)

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina confirma lo inicialmente observado, dado que la descripción del control establece: “(...) como evidencia se cuenta con correo electrónico mensual dirigido a la dirección del establecimiento”; no obstante, dichos correos no se envían con la periodicidad indicada, sino únicamente cuando se presente una orden de libertad, lo que genera una discrepancia entre lo registrado y la práctica real; en consecuencia, se recomienda ajustar la descripción del control para reflejar la frecuencia efectiva de los envíos o, en su defecto, implementar un mecanismo que garantice la emisión mensual, asegurando coherencia, trazabilidad y confiabilidad de la evidencia.

**Respuesta del proceso auditado:**

“ (...)”

8	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	El funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes, verifica de manera aleatoria la instalación y el estado de los chips de suministro de combustible a los vehículos que ingresan a la estación de servicio al momento de realizar la visita de acuerdo con la programación mensual. En caso de encontrar avería en el chip se solicita su arreglo en la misma estación de servicio de ser posible o se retira del vehículo y se programa la reinstalación lo cual se registra mediante Acta de Reunión. Como evidencia se cuenta con Acta de reunión F-FI-1380 o F-GCT-1152 Acta de Visita de Campo y el cronograma de visitas. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 2: El proceso aportó un pantallazo de la actualización del procedimiento y el documento PD-AB-05 V2; sin embargo, no presentó los soportes correspondientes al formato F-FI-1380 (Acta de reunión) ni al cronograma. La ausencia de estos elementos limita la validación integral del control, dado que, aunque se evidencia la actualización normativa, no se cuenta con pruebas que respalden la planificación y seguimiento de las actividades asociadas
---	--	--	---

4. La OAP observa: “Se identifica la actualización documental del procedimiento PD-AB-05 V3, la cual está en el aplicativo MIPG, no se observan evidencias de los documentos que soporten la gestión del control (actas)” control moderado (..)”.

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina ratifica lo inicialmente observado, dado que la evidencia presentada en el proceso no corresponde con la establecida en el control.

**Respuesta del proceso auditado:**

“ (...)”

8	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	El funcionario o contratista encargado de la Dirección de Bienes, verifica la aplicación de los lineamientos establecido en el procedimiento PD-FC-4 de acuerdo con la programación mensual de visitas a las estaciones de servicio, momento en el cual también se realiza sensibilización al personal del proveedor sobre los lineamientos de suministro de combustible en la estación. En caso de encontrar incumplimiento en la aplicación de los lineamientos, se notificará al proveedor o a la agencia respectiva vía correo electrónico u oficio. Como evidencia se cuenta con el cronograma de visitas, Acta de reunión F-DS-10 y/o correos electrónicos u oficios. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.	Control 3: El proceso aportó un pantallazo de la actualización del procedimiento y el documento PD-AB-05 V2; sin embargo, no presentó los soportes correspondientes al formato F-FI-1380 (Acta de reunión) ni al cronograma. La ausencia de estos elementos limita la validación integral del control, dado que, aunque se evidencia la actualización normativa, no se cuenta con pruebas que respalden la planificación y seguimiento de las actividades asociadas
---	--	--	---

5. La OAP registra en las observaciones: “Las evidencias y el análisis no concuerdan con la descripción del control, no es posible conceptuar sobre el riesgo, más allá de lo redactado por el proceso.” Teniendo en cuenta el análisis del proceso y su actualización documental, desde la OAP se priorizará la actualización de este control, sin perjuicio sobre una posible materialización del riesgo (..)”

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina ratifica lo inicialmente observado, dado que la evidencia presentada en el proceso no corresponde con la establecida en el control.

**Respuesta del proceso auditado:**

“ (...)”

10	Gestión de Emergencias	<p>El Profesional encargado por el Jefe del C4, verifica mensualmente el seguimiento efectuado por el personal contratista de seguridad y vigilancia al ingreso indebido de elementos o dispositivos electrónicos a la SUR, para lo cual el profesional designado remite correo al Jefe del C4 indicando las novedades presentadas durante el mes. Como prueba quedaran los registros de las cámaras del sistema de video vigilancia del edificio por un periodo de 90 días para consulta antes de que se reescriban los videos. Como evidencia queda el correo de parte del profesional designado indicando los eventos o incidentes presentados al Jefe del C4 o el Correo indicando que no se evidencio ningún ingreso de elementos o dispositivos electrónicos indebidos. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.</p>	<p>Control 1. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes (correo de parte del profesional designado indicando los eventos o incidentes presentados al Jefe del C4 o el Correo indicando que no se evidencio ningún ingreso de elementos o dispositivos electrónicos indebidos).</p>
----	------------------------	--	--

6. Para este caso, el proceso argumenta en el análisis, que no adjuntan evidencias, “En este periodo no se presentan evidencias, ya que no fueron reportados incidentes por parte de la empresa de vigilancia”.

El monitoreo de la OAP cita: “No se observa el cargue de evidencias, ya que no fueron reportados incidentes por parte de la empresa de vigilancia. Se sugiere dejar evidencia en documento formal de la gestión del control por falta de actividad”.

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina confirma lo inicialmente observado, dado que no se aportaron soportes mensuales que señala la evidencia del control en la periodicidad establecida.

**Respuesta del proceso auditado:**

“(…)

11	Gestión Documental	<p>El servidor o contratista encargado del archivo central verifica que las solicitudes de acceso físico al archivo cumplan con los requisitos establecidos por la dirección, como evidencia de ejecución el control se cuenta con documento de autorización de ingreso. En caso de que la solicitud no cumpla con los parámetros o requisitos se devuelve por el mismo medio en que</p>	<p>Control 2. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes</p>
----	--------------------	--	---

9. El proceso no adjunta evidencias, en el monitoreo se deja constancia “No se observa el cargue de evidencias, / débil”. No obstante, la 1LDD no reporta materialización del riesgo, como lo estableció la política vigente. (…)

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina confirma lo inicialmente observado, dado que no se aportaron evidencias.

**Respuesta del proceso auditado:**

“(…)

12	Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad	<p>El almacenista general verifica cada vez que se requiera la realización del seguimiento a los traslados de bienes al servicio de la Entidad, dejando como evidencia los comprobantes de traslado en el formato F-GRF-1103.</p> <p>En caso de no efectuarse la verificación, se debe justificar mediante memorando dirigido al superior inmediato.</p>	<p>Control 2. No se pudo validar la ejecución de la actividad de control, dado que la carpeta compartida por la OAP se encuentra vacía. Esta situación genera una evaluación categorizada como moderada incompleta sin presentación de soportes</p>
----	---	--	---

11. El proceso no adjunta evidencias, en el monitoreo se deja constancia “No se observa el cargue de evidencias, / débil (..)”

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina confirma lo inicialmente observado, dado que no se aportaron evidencias.

**Respuesta del proceso auditado:**

“(..)”

16	Gestión Financiera	<p>Los funcionarios y/o contratistas de la Dirección Financiera, verifican cada vez que es radicada una cuenta por medio del Aplicativo de Gestión Documental al usuario creado para tal fin (DF CUENTAS CONTINGENCIA), de acuerdo con el I-GF-10.; verificando de lo siguiente: a. Calculo manual del CERTIFICADO DE SUPERVISION E INTERVENTORIA PARA GESTIÓN DE CUENTAS.GF b. Instructivo de pagos de la Dirección Financiera (I-GF-1) c. Minuta del contrato. De no encontrarse acorde con lo establecido en el literal b., c., y si la información financiera no corresponde a lo certificado, o de no cumplir con los requisitos para continuar con el trámite de pago se procede a remitir correo al supervisor del contrato con copia al contratista, donde se evidencie el motivo</p>	<p>Control 1: Se valida la ejecución del control mediante el formato de control de OPS mensual. No obstante, la evidencia no es coherente con lo señalado en la columna (evidencias) que relaciona el sistema de gestión documental, este último integra múltiples actividades y registros documentales y no esta alineado a la descripción del control.</p> <p>Para mitigar este riesgo, se recomienda garantizar que la evidencia del control sea precisa y alineada con el formato correspondiente. Además, establecer mecanismos de revisión que permitan asegurar la correcta documentación de los procesos contribuirá a mejorar la gestión y facilitar la validación en los seguimientos.</p>
----	--------------------	---	--

La gestión del control se realizó conforme a lo definido por el proceso “Las evidencias de seguimiento al Riesgo son alimentadas de manera cuatrimestral en la carpeta SharePoint mediante relación en Excel de la radicación del sistema Gestión Documental al usuario DF CUENTAS CONTINGENCIA. El cargue de las evidencias se realizará cuatrimestralmente.”

En este sentido, si la OCI considera una posible mejora, se insta a realizar las observaciones del caso al proceso, teniendo en cuenta que el control incorpora la gestión de los procedimientos dentro del seguimiento, se ejecuta a través del SIGA (automático), y la consolidación de esas evidencias y trazabilidad se realiza manualmente a través de la consolidación del Excel descrito en el control. (..)”

**Respuesta Oficina de Control Interno:**

En el análisis de la réplica, esta oficina ratifica lo inicialmente observado, dado que la evidencia presentada carece de coherencia frente a la evidencia correspondiente al control “Sistema de Gestión Documental”.

Elaboró




Ingrid Beatriz Acosta Velásquez  
Contratista Oficina de Control  
Interno

Revisó



Diego Alexander Urazan Franco  
Contratista Oficina de Control  
Interno

Aprobó



Firmado digitalmente por  
Iván Arturo Márquez Rincón  
Fecha: 2026.03.28  
23:45:06 -05'00'

Iván Arturo Márquez Rincon  
Jefe Oficina de Control Interno