

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 1 de 9

Seguimiento a los riesgos de corrupción y gestión con corte a abril 2025

Fecha del Informe: 30-05-2025
Nombre Auditor(es): Erika Melissa Rendón
 Luz Myriam Casallas Contreras
 Milton Elibardo Ovalle
 Juan Antonio Gutiérrez
No. Informe: OCI-13-2025

1. OBJETIVOS Y ALCANCE.

Objetivos:

- Realizar seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción", establecida como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, tal y como lo determina el Decreto 124 del 26 de enero de 2016.
- Realizar seguimiento al manejo de riesgos de gestión por parte de los diferentes procesos de la entidad en las matrices de riesgos.

Alcance:

El seguimiento a los mapas de riesgos de todos los procesos del Servicio Geológico Colombiano se realizó con corte al 30 de abril del 2025, respecto al cumplimiento de los controles y de las acciones definidas en el Mapa de Riesgos de Corrupción y el Mapa de Riesgos de Gestión, y fue efectuado entre el 2 de mayo y el 30 de mayo de 2025, para lo cual se tuvo en cuenta la información suministrada por el Grupo de Trabajo de Planeación como segunda línea de defensa.

2. CRITERIOS DEL SEGUIMIENTO

- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) - Versión 6 – noviembre 2022.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (DAFP) – Versión 6 – diciembre 2024.
- Manual para la Gestión de Riesgos MN-PSG-004 V5 del 24 abril del 2025.
- Política y objetivos para la gestión de riesgos en el Servicio Geológico Colombiano –SGC del 14 de mayo del 2024.
- Manual del Sistema Integrado de Gestión Institucional del SGC – Versión 9 – julio 2022.
- Procedimiento Identificación Y Evaluación De Riesgos Y Oportunidades De Gestión Y De Riesgos De Corrupción PR-PSG-RGC-001 V2 de 23 de mayo del 2022.
- Decreto 2703 de 2013 del Ministerio de Minas y Energía “Por el cual se establece la estructura interna del Servicio Geológico Colombiano SGC y se determinan las funciones de sus dependencias.”
- Resolución 1281 de 2024 “Por medio de la cual se conforman y se les asignan funciones a los grupos de trabajo del Servicio Geológico Colombiano y se dictan otras disposiciones”.

3. ANÁLISIS, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Desarrollo del seguimiento

3.1.1 Metodología aplicada

Con el objeto de cumplir los objetivos establecidos en el seguimiento a los mapas de riesgos de gestión y de corrupción, se verificó la información reportada por la primera línea de defensa (procesos) y el monitoreo realizado por la segunda línea de defensa (Grupo de Trabajo de Planeación).

3.1.2 Ejecución del seguimiento

Las acciones ejecutadas en este seguimiento fueron:

- Comunicación del plan al Grupo de Trabajo de Planeación con memorando SGC-3-2025-001695 del 28 de abril de 2025, en el cual fueron solicitadas las evidencias y registros de seguimiento al mapa de riesgos de corrupción con corte a 30 de abril de 2025.
- Reunión de apertura al mapa de riesgos 2025 efectuada el 2 de mayo de 2025; en este espacio se solicitó el acceso a la carpeta compartida de los seguimientos de la primera y segunda línea de defensa con su respectiva evidencia.
- Revisión de los mapas de riesgos de los procesos identificados en la entidad para la vigencia 2025, con los correspondientes registros y soportes entregados por.
- El 14 de mayo de 2025 se realizó la publicación del seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción del Servicio Geológico Colombiano, cumpliendo con los términos establecidos por Ley en el enlace <https://www2.sgc.gov.co/ControlYRendicion/TransparenciasYAccesoAlaInformacion/Paginas/Plan-Anticorrupcion.aspx>.
- Teniendo en cuenta que, revisados los mapas de riesgos entregados a la OCI no fueron encontrados los riesgos de seguridad de la información definidos en la Guía de la Administración de riesgos de la función pública y en el Manual de Riesgos institucional, la persona de enlace del GT de Planeación solicitó al proceso de Gestión de la Información mediante correo electrónico la entrega de la matriz de riesgos de seguridad de la información a la Oficina de Control Interno.
- Envío del informe preliminar del seguimiento al Coordinador del Grupo de Trabajo de Planeación con radicado 2025-130-002176-3 del 27/05/2025 para comentarios, del cual la OCI recibió respuesta mediante radicado 2025-230-002261-3 del 29/05/2025 (con copia enviada mediante correo electrónico a la Dirección de Gestión de la Información).

3.1.3 Análisis de resultados del seguimiento

La Oficina de Control Interno determinó en la información entregada por el GT de Planeación, que en los 20 procesos de la entidad se identificaron 100 riesgos (76 de gestión y 24 de corrupción) con 352 controles asociados y 133 acciones del plan de tratamiento para la vigencia 2025, los cuales se presentan en el siguiente cuadro resumen según la clasificación definida en los mapas (riesgos de corrupción y de gestión), así:

Matriz de Riesgos de Gestión			Matriz de Riesgos de Corrupción			Cantidades Totales		
Riesgos	Controles	Acciones	Riesgos	Controles	Acciones	Riesgos	Controles	Acciones
76	274	110	24	78	23	100	352	133

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 3 de 9

En la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno determinó lo siguiente:

- Con respecto a los controles de los procesos:
 - Se evidenció la implementación del control en el 63,06% (222 de 352), pues los soportes entregados dan cuenta de lo descrito en el mismo.
 - En el 21,87% de los controles (77 de 352) no fue posible evidenciar la implementación del control, pues los soportes no correspondían a lo descrito en el mismo, o no se asoció el soporte correspondiente.
 - En el 12,21% restante (43 de 352), fue evidenciado la implementación del control, pero con deficiencias en el registro o en la completitud de los soportes vinculados, como, por ejemplo: documentos sin firmas, formatos con casillas sin diligenciar, y soportes desactualizados.
- La redacción de algunos controles no permite identificar de forma clara los entregables de su ejecución, la periodicidad, el responsable, y donde está documentado, lo que dificulta el seguimiento por parte de la segunda y tercera línea de defensa.
- En los mapas de riesgos de corrupción de los procesos misionales existen controles que están especificados en el proceso de Contratación a cargo del Grupo de Trabajo de Contratos y Convenios. En forma adicional, se observó que dentro de los controles, se repite frecuentemente la utilización de los formatos relacionados a continuación, los cuales no son controles del proceso, sino requisitos para la contratación de la entidad, documentados en los procedimientos y manuales de contratación y asociados al formato hoja de ruta contratación de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, por ende, su diligenciamiento es un lineamiento general, así como, el anexo de confidencialidad en la minuta de los contratos de prestación de servicios:
 - F-CIN-FCI-001, formato de declaración, revelación, e información de situaciones sobrevinientes que pueden generar conflictos de interés.
 - F-CIN-DEC-001. formato declaración y reporte voluntaria de no aceptar, recibir o solicitar regalos, donaciones, bonificaciones y similares.
 - F-CIN-CCR-001. formato consentimiento informado.
 - F-CIN-CCR-001. formato de Carta de Compromiso Conflictos Reales
- En la redacción de algunos riesgos no se pudo identificar la causa inmediata, ni la causa raíz, como lo indica la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 y en el Manual para la Gestión de Riesgos MN-PSG-004 V5 del 24 abril del 2025, donde se especifica que la descripción del riesgo debe incluir el impacto, más la causa inmediata, más la causa raíz.
- En la verificación de la publicación de mapa de riesgos de la vigencia 2025 en la página web de la entidad se evidenció que hay vigentes dos mapas de riesgos de corrupción con diferente información en primero en el enlace del Plan Anticorrupción (<https://www2.sgc.gov.co/ControlYRendicion/TransparenciasYAccesoAlaInformacion/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={38821284-8BD1-465D-ADA7-88BA10E21F5C}&file=Mapa-de-riesgos-de-corrupcion-2025.xlsx&action=default>) y el otro en el enlace de mapa de riesgos de la entidad (<https://www2.sgc.gov.co/ControlYRendicion/TransparenciasYAccesoAlaInformacion/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={0FC669BE-40FB-47EE-AF99-77657C7BC301}&file=Matriz->

[de-riesgos-de-Gestion-y-Corrupcion-por-proceso.xlsx&action=default](#)) incumpliendo el principio de divulgación proactiva de la información establecido en la Ley 1712 de 2024.

- Se evidenció que 10 de los 24 riesgos de corrupción no cuentan con el plan de tratamiento, incumpliendo lo descrito en el “MN-PSG-004 Manual para la gestión de riesgos V5” del 24 abril del 2025 en su capítulo 5.2.2 que indica: “5.2.2. Nivel de aceptación del riesgo (Apetito al riesgo). El SGC, ha definido que el nivel de riesgo aceptable en relación con sus objetivos, el marco legal y lineamientos estratégicos y posterior a la calificación de los riesgos residuales (riesgos después de controles), es el nivel bajo, ya que el manejo realizado a través de los controles es suficiente. Por lo anterior no se haría necesario la generación de un plan de acción o de tratamiento adicional. Sin embargo, **para los riesgos de corrupción y riesgos fiscales, no hay un nivel de riesgo aceptable o tolerable, por su naturaleza y consecuencias, por lo cual todos los riesgos de corrupción y fiscales se les deberá hacer controles y plan de tratamiento permanentes independiente del nivel de riesgo residual**” (resaltado fuera de texto).
- En algunos procesos de la entidad (Ej. Gestión de tecnologías de información y comunicaciones y Gestión de Bienes y Servicios) se identificó que la información reportada en el Plan de tratamiento es la misma que en el control; lo cual, no es consistente con los lineamientos definidos en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) - Versión 6 – noviembre 2022” y en el “Manual para la gestión de riesgos” del SGC en su versión 5, vigente desde el 24 de abril de 2025, donde se indica que los planes de tratamiento son acciones adicionales para evitar la materialización del riesgo, de la siguiente manera:

“... Para la formulación del Plan de tratamiento o Plan de acción se deben incluir los siguientes elementos para asegurar su cumplimiento y facilitar su seguimiento:

 - **Acción:** Es la descripción de la actividad que se llevará a cabo **adicional** a los controles con el objetivo de prevenir el riesgo o mitigar las causas de su materialización...” (negrilla fuera de texto).

En el siguiente cuadro resumen se presentan otras situaciones específicas determinadas en las matrices de riesgos de los procesos:

Nombre del Proceso	Cantidades incluidas en la Matriz de Riesgos de Gestión			Cantidades incluidas en la Matriz de Riesgos de Corrupción			Nota
	Riesgos	Controles	Acciones	Riesgos	Controles	Acciones	
Direccionamiento Estratégico	3	9	0	2	5	2	
Relacionamiento con la ciudadanía	3	8	8	1	3	0	
Comunicación institucional	4	13	11	1	4	3	
Gestión de tecnologías de información y comunicaciones	5	16	16	0	0	0	
Investigación en geociencias básicas	3	7	0	1	3	0	
Investigación y evaluación de recursos	1	4	0	1	2	1	

Nombre del Proceso	Cantidades incluidas en la Matriz de Riesgos de Gestión			Cantidades incluidas en la Matriz de Riesgos de Corrupción			Nota
	Riesgos	Controles	Acciones	Riesgos	Controles	Acciones	
minerales							
Investigación, evaluación y monitoreo de amenazas geológicas	3	7	0	1	3	1	
Investigación y evaluación de recursos hidrocarburos	3	6	0	1	1	0	1
Investigación y caracterización de materiales geológicos	5	25	0	2	7	0	1
Investigación, aplicaciones nucleares y radiactivas.	5	37	1	2	11	0	1 y 5
Gestión de información Geocientífica	6	15	14	0	0	0	
Licenciamiento y control de sustancias radioactivas	2	8	0	1	4	0	1
Contratación de Bienes y Servicios	2	3	2	1	1	1	4
Gestión Documental	5	16	16	1	5	5	3
Gestión Financiera	3	15	5	1	3	2	3
Gestión Jurídica	3	8	3	3	8	3	3
Gestión Talento Humano	8	29	10	1	2	2	2
Gestión de Bienes y Servicios	6	26	24	2	8	6	2
Control disciplinario interno	3	6	0	1	3	0	1 y 6
Evaluación independiente	3	16	0	1	4	0	
Total	76	274	110	24	78	23	

Nota 1. Dentro de la revisión de estos procesos se identificó que:

- En 14 de los 24 de los riesgos de corrupción y de gestión, las causas descritas corresponden a incumplimientos de procedimientos/normas, que pueden ser fácilmente prevenibles.
- En 3 de los 6 de los riesgos de corrupción (50%) de estos procesos, los controles descritos no están relacionadas con las causas que podrían afectar el accionar ético de los colaboradores, dadas las características descritas en la definición de los riesgos.

Nota 2. En 7 de 25 riesgos de corrupción y gestión (28%) de estos procesos, existen deficiencias en la descripción del riesgo, pues no contienen una estructura que permita entender la forma como se puede manifestar el riesgo, así como sus causas inmediatas y causas raíz, esta es información esencial para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 6 de 9

Nota 3. En el 68,75% de los riesgos de gestión de estos procesos (11 de 16), se observaron debilidades en la descripción del riesgo, la cual según los lineamientos del DAFP e internos debe contener la forma como se puede manifestar el riesgo, así como sus causas inmediatas y causas principales o raíz, lo que facilita la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo.

Nota 4. Los dos riesgos de gestión del proceso Contratación de Bienes y Servicios están redactados igual a las causas; además para la mitigación de estos riesgos la acción se describe como *“En caso de materializarse el riesgo el Coordinador del proceso con el acompañamiento y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación, procederá a realizar el análisis de causa raíz e identificar las acciones que mitiguen la ocurrencia del evento.”* con lo que se incumple con lineamientos establecidos en el Manual para la Gestión de Riesgos, esta misma situación se presenta para el riesgo de corrupción respecto a la acción para mitigar el riesgo.

Nota 5. Se observó que el riesgo R2 del proceso de Investigación, aplicaciones nucleares y radiactivas, se clasificó con tipo Operativo o de Gestión, pero su causalidad da cuenta de debilidades en el accionar ético de los colaboradores o intervinientes en el proceso, lo que estaría relacionado con un riesgo de corrupción. Igualmente, no es evidente que los controles descritos eliminen las causas que generan el riesgo, ya que estos corresponden a un plan de trabajo para el cumplimiento de los requisitos definidos en la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017 y finalmente se reporta por parte de la primera línea que el servicio de Irradiación de Materiales se encuentra suspendido hasta tanto se realice la modernización de los sistemas de control asociados con la operación de la fuente gamma, lo que evidencia la materialización del riesgo descrito.

Nota 6. Se observó que para el riesgo R2 del proceso de Control disciplinario interno, se identificó como causa la insuficiencia de personal o la Alta carga laboral, pero no se incluyó un control para su manejo.

Seguimiento riesgos de Seguridad de la Información

De acuerdo con la revisión a la matriz de riesgos de información suministrada por el proceso de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la Oficina de Control Interno determinó:

- Un inventario de 331 activos de información en el SGC y de 201 contenedores de información, a los cuales se les identificaron 1.871 riesgos de seguridad de la información con 15.286 controles y 81 acciones en el plan de tratamiento,
- En el Proceso de Gestión del Conocimiento Geocientífico fue documentado el procedimiento *“PR-GGC-003 V1 identificación, clasificación y etiquetado de activos de información digitales”* del 03 de octubre del 2023 y el formato *“F-GGC-AMR-003 formato de inventario de activos de información”*, con el objetivo de realizar el manejo, la identificación, inventario, clasificación y el etiquetado de los activos de información digitales y bases de datos personales asignando un nivel de importancia de acuerdo con la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 7 de 9

Teniendo en cuenta el volumen de riesgos, la Oficina de Control Interno efectuó la validación de una muestra de controles donde se observó el cumplimiento de los siguientes: gestión de la políticas de Backup, política de cambio de contraseñas cada 45 días, la cual aplica tanto los usuarios en general y para los que tienen privilegios de administrador, soporte de proveedor a nivel de configuración, así como mantenimiento preventivo y correctivo de las soluciones de seguridad, los cuales fueron evidenciados en los siguientes reportes:

- Informe estado de la solución TRELIX EPO CLOUD, EDR, de los meses de enero, marzo y abril 2025, que tenía como objetivo dar a conocer el estado actual de los productos pertenecientes a la suite MV6 de TRELIX adquirida por el SGC.
- Pantallazos de la ejecución de backups de servidores físicos y virtuales, de las copias realizadas en el mes de abril, de la evidencia del historial de respaldos del servidor admes, evidencia del historial de respaldos del repositorio AME_CHNACOTA.
- Correos del reporte de vulnerabilidades del aplicativo ARGO con fecha del 23 de abril 2025
- Reporte de los resultados de una evaluación de seguridad realizada a la red según evaluación del 05 al 11 de mayo/2025, y 12 al 18 de mayo/2025.
 - Soporte del requerimiento de cambio bajo el formato F-GGC-CSI-001, con la siguiente descripción: se requiere publicar el dominio del sistema ARGO (argo.sgc.gov.co). ARGO es una versión personalizada del sistema de gestión documental ORFEO, diseñado para cumplir con los procesos de gestión documental establecidos por el Archivo General de la Nación (AGN) en Colombia que reemplazó al sistema Nautilus.

La Oficina de Control Interno recomienda depurar la matriz de riesgos de la seguridad de la información, pues los controles están descritos por cada activo; se observaron alrededor de 15.286 controles, los cuales están duplicados y se pueden resumir en 73 controles que se pueden agrupar de acuerdo con el tipo de riesgo definido en el último lineamiento definidos por el DAFP, relacionados con la pérdida de confidencialidad, integridad y disponibilidad, lo que también evita repetir el reporte de las evidencias de los controles.

Es importante tener en cuenta que el control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (los verbos de los controles recomendados por el DAFP deben incluir verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo basado en los lineamientos contenidos en la versión 4 de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de 2018.

Materialización de riesgos: En el proceso de Investigación, aplicaciones nucleares y radiactivas, el reporte de la primera línea de defensa indicó que el servicio de Irradiación de Materiales se encuentra suspendido hasta tanto se realice la modernización de los sistemas de control asociados con la operación de la fuente gamma, lo que evidencia la materialización del riesgo descrito.

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 8 de 9

3.1.4 Recomendaciones

Con base en las situaciones descritas en el análisis efectuado en este seguimiento se recomienda al Grupo de Trabajo de Planeación:

- Solicitar a los procesos que deben fortalecer la gestión del reporte en las matrices de riesgos tanto en su redacción como en las evidencias proporcionadas, de modo que permita a las partes interesadas mejor la identificación y entendimiento de la aplicación de los controles y de la ejecución del Plan de tratamiento.
- Orientar a los procesos respecto a la forma de redacción de los controles, teniendo en cuenta lo definido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en su Versión 4 – octubre 2018, la cual indica que:
 - Los controles están relacionados con los verbos verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar.
 - Las variables a evaluar para el adecuado diseño de controles donde se identifique su propósito control en la estructura sugerida para la descripción del riesgo
 - Evitar incluir actividades que correspondan a requisitos de obligatorio cumplimiento definidos en las normas o que hagan parte de otros procesos para evidenciar la gestión propia del proceso
- Realizar acompañamientos a los procesos en la formulación de los riesgos, controles y acciones, teniendo en cuenta la rotación de personal al interior de la entidad o desconocimiento de cómo realizar los seguimientos o actualizar los mapas de riesgos de los procesos.
- Acompañar la construcción de los mapas de riesgos de Seguridad de la Información, tal como se indica en la “Tabla 1. *Responsabilidades por línea de defensa*” del numeral 5.2.4 **Niveles de responsabilidad y autoridad** del manual para la gestión de riesgos del SGC.
- Revisar y actualizar la descripción de los riesgos de seguridad de la información pues no están de acuerdo con actualización de la guía de administración de riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública en noviembre del 2022, donde se habla específicamente de la pérdida de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.
- Realizar mesas de trabajo con los diferentes procesos que cuenten con activos de información para lograr la unificación y actualización de dicha información basado en el procedimiento PR-GGC-003 V1 identificación, clasificación y etiquetado de activos de información digitales.

En forma adicional, y teniendo en cuenta que el informe preliminar de este seguimiento fue compartido por el Grupo de Trabajo de Planeación con la Dirección de Gestión de Información (DGI) en lo relacionado con los resultados de la revisión de los riesgos de Seguridad de la Información, se recomienda revisar los roles definidos para la segunda línea de defensa de los riesgos de Seguridad de la Información en el Manual de Administración de Riesgos del SGC, teniendo en cuenta las capacidades y responsabilidades de cada dependencia; es importante que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sea el espacio donde se apruebe la actualización del manual mencionado y se dirima cualquier controversia al respecto.

	INFORME FINAL	CÓDIGO: F-OCI-EVA-006
		VERSIÓN: 2
		Página 9 de 9

4. CONCLUSIONES.

- Los procesos (primera línea de defensa) están efectuando el reporte de los controles y acciones en los mapas de riesgos. En el proceso de Investigación, aplicaciones nucleares y radiactivas, se evidenció la materialización de un riesgo de gestión (R2 control 8).
- Los mapas de riesgos de los procesos cumplen con los atributos mínimos establecidos en los formatos para su identificación, monitoreo y seguimiento; sin embargo, hay información que podría mejorarse como es el detalle de la evidencia y la frecuencia o periodicidad de la implementación de los controles de acuerdo con los lineamientos establecidos en Manual para la gestión de Riesgos MN-PSG-004.
- La gestión del seguimiento a los riesgos efectuada por el Grupo de Trabajo de Planeación (segunda línea de defensa) es efectuada en los tiempos establecidos por la Ley; se cuenta con una herramienta que permite realizar seguimiento por parte de las tres líneas de defensa, y con carpetas virtuales donde los procesos pueden cargar las evidencias.
- Es necesario actualizar los mapas de riesgos de seguridad de la información con el objeto de actualizar su descripción según los últimos lineamientos del DAFP y resumir los controles aplicados.

Elaboró: Erika Melissa Rendón – Auditor Oficina de Control Interno
Luz Myriam Casallas Contreras – Auditor Oficina de Control Interno
Milton Elibardo Ovalle – Auditor Oficina de Control Interno
Juan Antonio Gutiérrez Díaz – Auditor Oficina de Control Interno

Revisó: Erika Marcela Huari Mateus – Jefe Oficina de Control Interno