

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Auditoría Interna de cumplimiento Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno, I Semestre 2025 (Informe Final)

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL	3
1.1. <i>Criterios de Auditoría</i>	4
1.1.1. De orden Nacional	4
1.2. <i>Metodología</i>	4
2. LIMITACIONES	6
3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA	6
3.1. <i>RESULTADOS DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</i>	7
3.1.1. Cumplimientos (C)	9
3.1.1.1. Ambiente de Control	9
3.1.1.2. Evaluación de Riesgos	9
3.1.1.3. Actividades de Control	9
3.1.1.4. Información y Comunicación.....	10
3.1.1.5. Actividades de Monitoreo	10
3.1.2. Fortalezas (F)	11
3.1.2.1. Ambiente de Control	11
3.1.2.2. Evaluación de Riesgos	11
3.1.2.3. Actividades de Control	11
3.1.2.4. Información y Comunicación.....	12
3.1.2.5. Actividades de Monitoreo	12
3.1.3. Incumplimiento (I-01-DE y Despacho-2025): Ausencia de Plan Estratégico Institucional. 12	
3.1.3.1. Evaluación de Riesgos	12
3.1.3.2. Respuesta del auditado: Direccionamiento Estratégico.....	13
3.1.3.3. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno	14
3.1.4. Oportunidad de Mejora (OM-01-VARIOS-2025): Presentación de temáticas clave, según funciones de los Comités Institucionales (CIGD Y CICCI)	15
3.1.4.1. Respuesta del auditado: Gestión Financiera.....	16
3.1.4.2. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno	16
3.1.5. Oportunidad de Mejora (OM-02-VARIOS-2025): Debilidades en la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional	18
3.1.5.1. Ambiente de Control	18
3.1.5.2. Evaluación de Riesgos	18
3.1.5.3. Actividades de Monitoreo	18
3.1.5.1.1. Respuesta del auditado: Gestión Tecnológica	19
3.1.5.1.2. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno	20

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06 Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.2. *COMPARATIVO RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS vs MDI - FURAG 2024 vs RESULTADOS DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SOBRE EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO I SEMESTRE 202521*

4. CONCLUSIONES..... 26

5. RECOMENDACIONES..... 27

6. PLAN DE MEJORAMIENTO 28

6.1. Evaluación de Efectividad Planes de Mejoramiento Internos – Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno.....29

7. ANEXOS 31

8. FIRMAS 31

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

VIGENCIA	Primer Semestre de 2025
TITULO DE LA AUDITORIA	Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno, I Semestre 2025
TIPO DE AUDITORIA	Cumplimiento
UNIDAD (ES) AUDITADABLE(S)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subsecretaría de Gestión Corporativa y sus Direcciones (Contratación, Dirección Administrativa y Financiera y Talento Humano). ▪ Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad y sus Direcciones (Derechos y Diseño de Política Gestión del Conocimiento, Enfoque Diferencial y Sistema Distrital del Cuidado) ▪ Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades y sus Direcciones (Territorialización de Derechos y Participación y Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia). ▪ Oficina Asesora de Planeación. ▪ Oficina de Control Disciplinario Interno ▪ Oficina de Control Interno ▪ Asesora de Comunicaciones.
RESPONSABLE (S)	Subsecretarias y equipos de trabajo, Directoras (es) y equipos de trabajo, Jefas (es) y equipos de trabajo y Asesora de Comunicaciones.
OBJETIVO	Verificar el estado del Sistema de Control Interno conforme al MECI y el MIPG (Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno, Modelo Integrado de Planeación y Gestión).
ALCANCE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodo objeto de verificación I Semestre de la vigencia 2025 (enero a junio) ▪ Comparativo Resultados MDI - FURAG vs EISCI I Sem. 2025 vs Consolidado Resultados IA 2025 ▪ Plan de Mejoramiento Interno de acuerdo con lo reportado en el aplicativo LUCHA módulo mejoramiento continuo.
PERIODO DE EJECUCIÓN	Julio de 2025
EQUIPO AUDITOR¹	Maryam Paola Herrera Morales (MPHM), Auditora Líder

¹ Escriba los nombres del Equipo Auditor, el acrónimo correspondiente, así como el rol a desempeñar (Auditor Líder, Auditor Interno, Observador, y/o Experto Técnico)

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

1.1. Criterios de Auditoría

1.1.1. De orden Nacional

- Artículo 14 de la Ley 87 de 1993 “Reportes del responsable de Control Interno”.
- Artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 “El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedara así (...)”.
- Circular Externa No 100-006 de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Manual Operativo Sistema de Gestión Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, versión 5 de marzo 2023.

1.2. Metodología

El presente ejercicio auditor se realizó en el marco de las Normas Internacionales de Auditoría Interna emitidas por el Instituto de Auditores Internos, el “Estatuto de Auditoría para la Secretaría Distrital de la Mujer” y el “Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna” aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer, así como los lineamientos establecidos para el Proceso Seguimiento, Evaluación y Control.

Planeación del Seguimiento: Con el propósito de realizar el presente trabajo, conforme a la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se solicitó la información a las dependencias pertinentes con el memorando radicado N°3-2025-001828 del 02 de julio de 2025. Adicionalmente, se realizó una revisión de datos, documentos e información contenida en el aplicativo del Sistema Integrado de Gestión LUCHA, así como la información consignada en los diferentes sistemas de información de la entidad, la página web, entre otros.

Desarrollo del Seguimiento: Producto del análisis y verificación de la información suministrada por cada responsable de las políticas o dimensiones del MIPG y de las consultas realizadas en los sistemas de información de la Entidad, se diligenció el formato “Informe Semestral Sistema Control Interno” (herramienta establecida por la Función Pública) en los ochenta y un (81) requerimientos de los cinco (5) componentes del Sistema de Control Interno (ver tabla N°1).

Tabla 1. Requerimientos por Componente

Componente	Cantidad de requerimientos	Proporción
Ambiente de Control	24	30%
Evaluación de Riesgos	17	21%
Actividades de Control	12	15%
Información y Comunicación	14	17%
Actividades de Monitoreo	14	17%
Total	81	100%

Fuente: Formato DAFP

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Conforme con la anterior tabla, se procedió a evaluar cada uno de los requerimientos, acorde con los criterios establecidos por la Función Pública (ver tabla N°2), lo cual permitió determinar el estado de avance y grado de cumplimiento en la implementación del Sistema de Control Interno, a partir de cada uno de los cinco (5) componentes de su estructura definida en la séptima (7) dimensión del MIPG.

Tabla 2. Criterios de Evaluación

Evaluación "si se encuentra Presente" Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta. De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones: 1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento. 2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas 3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento. Nota: Entiéndase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), proposito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).
Evaluación "si se encuentra Funcionando"	Seleccionar de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así: 1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado) 2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias 3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Fuente: Formato DAFP

Como última etapa, con la información identificada y consolidada a lo largo del presente trabajo se construya el informe cuyas conclusiones se clasifican en fortalezas y debilidades; estas últimas que a su vez están compuestas por dos tipos así:

- **Oportunidad de mejora:** Situación que podría convertirse en un futuro incumplimiento de un requisito que podría llegar a tener efectos sobre el cumplimiento de los objetivos, procesos, planes, programas o proyectos. Para el tratamiento de este tipo de hallazgo se pueden presentar 3 situaciones a partir del análisis que efectuó la dependencia por su grupo interno de trabajo: 1) Formulación de plan de mejoramiento cargado en el aplicativo "Lucha" conforme al procedimiento PG-PR-07) Toma de acciones internas por parte de la dependencia, las cuales deberán ser comunicadas a la Oficina de Control Interno mediante Orfeo, y deberán quedar documentadas en la dependencia como soporte de la gestión y tratamiento efectuado; y 3) No tomar ninguna acción frente a la oportunidad de mejora, por lo cual, deberán dejar documentado e informar a la Oficina de Control Interno mediante Orfeo las razones por las cuales no se dará ningún tratamiento.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Incumplimiento:** En el proceso de verificación, se identifica que el proceso está incumpliendo con algún criterio normativo o interno, lo cual conlleva afectar el cumplimiento de sus objetivos. Para el tratamiento de este tipo de hallazgo, se debe efectuar el análisis de causas y cargue de plan de mejoramiento en el aplicativo “Lucha” conforme al procedimiento PG-PR-07.

2. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones en el desarrollo del ejercicio auditor.

3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA

Resultados del análisis y verificación al estado y avance de los procesos y políticas de Gestión y Desempeño Institucional de la SDMujer, se presentan los siguientes hallazgos de auditoría:

Tabla 3. Resultados de Auditoría

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
Fortalezas	1	3.1.2	Direccionamiento Estratégico	C1. Ambiente de Control C2. Evaluación de riesgos C3. Actividades de Control. C4. Información y Comunicación C5. Actividades de Monitoreo
			Evaluación Independiente de la Gestión	
			Gestión Talento Humano	
			Planeación y Gestión	
			Gestión Financiera	
			Relacionamiento con la Ciudadanía	
			Gestión Disciplinaria	
			Gestión Tecnológica	
Cumplimientos	1	3.1.1.	Gestión Contractual	C1. Ambiente de Control C2. Evaluación de riesgos C3. Actividades de Control. C4. Información y Comunicación C5. Actividades de Monitoreo
			Direccionamiento Estratégico	
			Evaluación Independiente de la Gestión	
			Planeación y Gestión	
			Comunicación Estratégica	
			Gestión Tecnológica	
			Gestión del Sistema Distrital del Cuidado	

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06 Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
Incumplimientos	1	3.1.3. Incumplimiento (I-01-DE y Despacho-2025): Ausencia de Plan Estratégico Institucional.	Despacho	C2. Evaluación de riesgos
			Direccionamiento Estratégico	
Oportunidades de Mejora	2	3.1.4. Oportunidad de Mejora (OM-01-VARIOS-2025): Presentación de temáticas clave, según funciones de los Comités Institucionales (CIGD Y CICC)	Planeación y Gestión	C3. Actividades de Control.
			Direccionamiento Estratégico	
			Gestión Financiera	
		3.1.5. Oportunidad de Mejora (OM-02-VARIOS-2025): Debilidades en la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional	Subsecretaría de Gestión Corporativa	
			Planeación y Gestión	C1. Ambiente de Control C2. Evaluación de riesgos C5. Actividades de Monitoreo
TOTAL:	5			

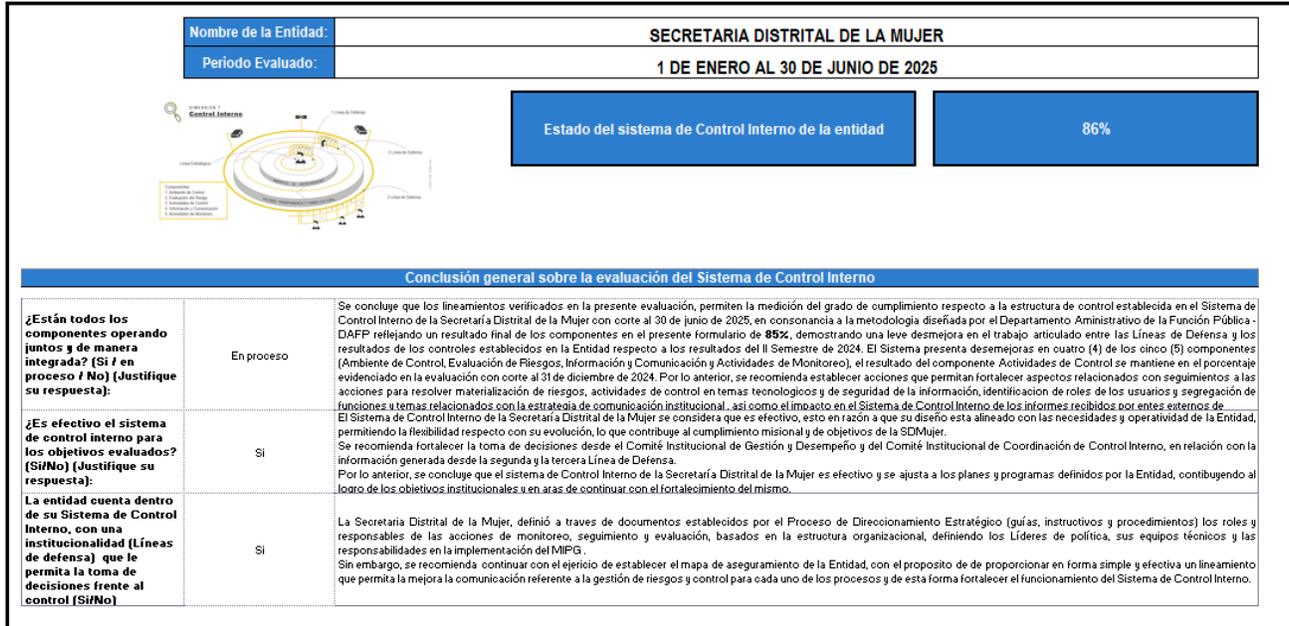
A continuación, se detallan los resultados anteriormente descritos.

3.1. RESULTADOS DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Como resultado de la aplicación de los criterios establecidos por la Función Pública (Ver Tabla N°2) para cada uno de los requerimientos de cada componente en el formato "Informe Semestral Sistema Control Interno, el estado del Sistema de Control Interno y el nivel de cumplimiento de cada componente es el siguiente:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	
		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Imagen No. 1 - Resultados General



Fuente: Formato DAFP (Anexo N°1 - Conclusiones)

Imagen No. 2 - Resultado por Componente del SCI

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	92%	97%	-5%
Evaluación de riesgos	Si	71%	79%	-8%
Actividades de control	Si	83%	83%	0%
Información y comunicación	Si	89%	93%	-4%
Monitoreo	Si	93%	100%	-7%

Fuente: Formato DAFP (Anexo N°1 - Conclusiones)

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

3.1.1. **Cumplimientos (C)**

3.1.1.1. **Ambiente de Control**

- En el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) se han aprobado los planes institucionales de la vigencia 2025.
- Para la vigencia 2025 se mantiene el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), el cual se encuentra reglamentado y operando de conformidad con la normatividad vigente
- Existe y se aplica el Código de Integridad, el cual ha sido objeto de actualización. Este ha sido divulgado y socializado al interior de la SDMujer
- La Política de Administración del Riesgo, se encuentra actualizada en concordancia con la normativa vigente y ha sido socializada al interior de la Entidad.
- Se elaboró un Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia 2025, complementado por planes anexos a este proceso.
- En el marco del CIGD se ha realizado el análisis de la información generada de Reportes Financieros.

3.1.1.2. **Evaluación de Riesgos**

- Se cuenta con Mecanismos que permiten la articulación de todos los instrumentos de planeación (PDD-PEI-PA-POAs) de los procesos y/o áreas.
- La Entidad cuenta con una política de Administración del Riesgo implementada y actualizada con la normativa aplicable (DAFP).
- En cumplimiento de las responsabilidades como 1a Línea de Defensa, los procesos de la SDMujer realizaron el seguimiento al I trimestre de 2025 de los Riesgos y Controles, en los tiempos establecidos y acorde con lo determinado por la Política de Administración del Riesgo.
- Los procesos realizan el reporte y registro periódico de la ejecución de los controles que buscan mitigar y/o disminuir la materialización del riesgo en el aplicativo LUCHA.
- La Entidad cuenta con un esquema institucional de Líneas de Defensa para los procesos, en el cual se definieron las responsabilidades de los mismos.
- En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se presentan los resultados de evaluaciones independientes por parte de la OCI, sobre las fallas identificadas en el diseño y ejecución de los controles de los riesgos y el impacto de estas en el SCI

3.1.1.3. **Actividades de Control**

- En cumplimiento del Procedimiento "Control de documentos del Sistema Integrado de Gestión, PG-PR-6", desde la 2a línea de defensa (OAP), se ha venido realizando el ejercicio de evaluación de las actualizaciones de los documentos del Sistema de Gestión asociados a

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

los procesos.

- En el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, la 2a y 3a línea de defensa (OAP-OCI), han venido realizando el seguimiento y evaluación independiente del diseño de los controles, así como, el monitoreo de los riesgos, en concordancia con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo PG-PLT-1, y el Procedimiento Administración del Riesgo PG-PR-3.
- La Entidad, acorde con el Manual de Gestión Tecnológica GT-MA-1, ha realizado la identificación y determinación de los roles y usuarios para el uso de las infraestructuras tecnológicas.
- En el marco de los informes de evaluación de riesgos institucional efectuados por la Oficina de Control Interno, y en cumplimiento de su rol de tercera (3ª) línea de defensa, se han realizado la evaluación de los controles implementados que permiten mitigar los riesgos identificados en la prestación de servicios de terceros a la SDMujer.
- Se observó que se encuentran debidamente desagregadas y formalizadas las funciones y responsabilidades de los diferentes actores que intervienen en la operación de las actividades de la Entidad.

3.1.1.4. Información y Comunicación

- La Entidad cuenta con procedimientos que permiten el manejo de la información entrante así como la respuesta a esta, indicando los términos, los formatos establecidos por la SDMujer, y los criterios de calidad (coherencia, calidez, claridad y oportunidad), establecidos en el Manual para la Gestión de Peticiones Ciudadanas de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá y como lo solicita la Dirección Distrital de Calidad del Servicio.
- En cumplimiento de la Directiva Distrital 001 del 03 de marzo de 2021 y del Manual para el registro y tratamiento de denuncias por posibles actos de corrupción y/o posibles inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de interés AC-MA-2, la Entidad ha implementado canales de información para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares, así como mecanismos para su manejo, como son ORFEO, Bogotá Te Escucha, correos electrónicos de la DTH y la OCDI.
- La entidad cuenta con un inventario de activos de información actualizado, el cual será objeto de revisión en el II Semestre de 2025, acorde al requisito anual de validación normativa.

3.1.1.5. Actividades de Monitoreo

- La aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno para la vigencia 2025 en cumplimiento del párrafo 2 del artículo 27 del Decreto Distrital 221 del 6 de junio de 2023 por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en su versión 1 el 20 de diciembre de 2024 y su actualización versión 2 el 26 de junio de 2025.
- Cumplimiento del PAAI 2025, acorde a la programación establecida
- Se cuenta con procedimientos implementados que coadyuvan al monitoreo continuo de las

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

actividades desde las tres líneas de defensa identificadas.

3.1.2. Fortalezas (F)

3.1.2.1. Ambiente de Control

- En el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) se han venido realizando el balance de contratación y alertas de cada una de las dependencias de la SDMujer.
- En la verificación del apoyo realizado por los contratistas en los productos y servicios que la SDMujer brinda, se identificaron los informes y certificados de supervisión, mediante los cuales se realiza el seguimiento de la ejecución contractual (obligaciones) y presupuestal, junto con los soportes requeridos para los respectivos pagos, dando cuenta del cumplimiento de las obligaciones específicas y generales contenidas en la minuta contractual de prestación de servicios, las que se encuentran estrechamente relacionadas con los servicios y productos de la Entidad, así mismo, se ha venido realizando el ejercicio de dar cierre a los expedientes contractuales de vigencias anteriores, con el fin de contar con la información actualizada en los sistemas contractuales aplicables a la Entidad.

3.1.2.2. Evaluación de Riesgos

- La Entidad ha definido un contexto estratégico y construido una matriz DOFA, que sirve de base en el proceso de identificación de riesgos y controles.
- Se realizó monitoreo a los riesgos asociados a corrupción por parte de la 2a y 3a línea de defensa.

3.1.2.3. Actividades de Control

- Para la presente vigencia se emitieron lineamientos con el propósito de realizar la actualización documental del Sistema Integrado de Gestión (caracterizaciones, procedimientos, formatos, guías, manuales, instructivos, políticas, protocolos, entre otros), actualización que se finalizara en el II semestre de 2025.
- Se cuenta con un Sistema de Información Institucional "LUCHA", que centraliza la información concerniente a las herramientas de gestión de los procesos (Documental, Mejoramiento Continuo, Riesgos y Oportunidades, entre otros), el cual, está en proceso de cambio, por un sistema de información que permita consolidar el SIG, módulo de riesgos, módulo de mejora continua e indicadores en un solo instrumento
- Se han realizado actualizaciones en la infraestructura tecnológica de la Entidad, así como, en la continuidad del desarrollo de nuevos sistemas de información y/o aplicativos (PANDORA, SIMISIONAL2, ICOPS para Proveedores, entre otros), que faciliten el trabajo de las dependencias en el control y seguimiento de sus actividades.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

- Se pudo evidenciar que, en el aplicativo LUCHA, módulo de riesgos se realizaron los ajustes de la asignación de responsables de la ejecución y seguimiento de los riesgos y sus controles, permitiendo la segregación de funciones y guardando coherencia con los lineamientos establecidos en la Política de Administración de Riesgos.

3.1.2.4. **Información y Comunicación**

- La Entidad permanentemente, realiza difusión, promoción y visibilización de la oferta de servicios y estrategias mediante piezas comunicativas y socialización de estas a través de redes sociales y pagina web institucional.
- Con el ánimo de gestionar la información relevante para alcanzar los objetivos institucionales, la Entidad ha diseñado sistemas de información propios, que permiten la captura y procesamiento de la información, así como, coadyuva a la toma de decisiones estratégicas y misionales (ICOPS, SIMISIONAL, INFOCUIDADO).

3.1.2.5. **Actividades de Monitoreo**

- La presentación y socialización periódica al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de los avances del Plan Anual de Auditoría, así como los resultados de los informes realizados por la Oficina de Control Interno y Entes de Control Externos de la vigencia 2024.
- Se analizan por parte de la Alta Dirección los resultados de auditorías externas efectuadas por entes de control y se definen acciones a tomar para subsanar y mitigar la presencia de debilidades en futuros ejercicios auditables.

3.1.3. **Incumplimiento (I-01-DE y Despacho-2025): Ausencia de Plan Estratégico Institucional.**

3.1.3.1. **Evaluación de Riesgos**

Condición: La Entidad, si bien cuenta con diferentes planes institucionales y otros instrumentos para medir el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos, no cuenta con un documento que defina la hoja de ruta a mediano plazo para la SDMujer (Plan Estratégico Institucional - PEI), que le permita orientar los esfuerzos hacia el cumplimiento de la misión y visión, en concordancia con el marco normativo y el PDD² vigente.

Criterios:

- Numeral 6.1 de la Guía Metodológica para la Planeación Institucional (DE-GU-3, Versión 3)
- Concepto 178501 de 2024 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAF

² Plan de Distrital de Desarrollo

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Causas:

- Posibles faltas de compromiso de la Alta Dirección o claridad en los objetivos, así como, recursos insuficientes o complejidades en el proceso de planificación, sin embargo, será importante realizar el análisis de causas correspondiente, que les permita identificar la causa raíz.

Consecuencias:

- Debilidades en la coordinación de esfuerzos de las diferentes dependencias
- No saber diferenciar prioridades, lo que conlleva a inconsistencias en las actividades y uso ineficiente de recursos.
- No identificar y definir adecuadamente las metas y objetivos estratégicos en correlación con la misión de la Entidad.

3.1.3.2. Respuesta del auditado: Direccionamiento Estratégico

La Oficina Asesora de Planeación – Direccionamiento Estratégico mediante correo electrónico remitido el 29/07/2025, comunica *“Desde la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de dependencia responsable de liderar la implementación de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se han adelantado diversas acciones orientadas a la formulación del nuevo Plan Estratégico Institucional (PEI), para la vigencia 2024–2027.*

En ese sentido, se diseñaron los lineamientos metodológicos para la actualización del PEI, articulados al Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027, a los enfoques estratégicos institucionales y a las políticas de gestión y desempeño. Así mismo, se han liderado y facilitado espacios de co-creación con los enlaces MIPG, en donde se han permitido avanzar en:

- *La actualización del contexto estratégico institucional*
- *La formulación preliminar de los objetivos estratégicos*
- *La construcción preliminar de estrategias y líneas de acción.*

Cabe resaltar que, en el marco del MIPG, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) es la instancia responsable de orientar, formular, revisar y aprobar el Plan Estratégico Institucional. Por tanto, si bien desde la Oficina Asesora de Planeación se ha liderado el proceso técnico, el avance del documento está supeditado a las decisiones y sesiones de revisión, concertación y validación por parte del Comité.

En conclusión, se solicita que el hallazgo de incumplimiento no sea atribuido exclusivamente al proceso de direccionamiento estratégico ni a la Oficina Asesora de Planeación, dado que desde esta dependencia se han adelantado las gestiones técnicas necesarias para la actualización del Plan

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Estratégico Institucional (PEI), conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En tal sentido, se propone que el incumplimiento quede orientado al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en cabeza de la Secretaria de Despacho, en su calidad de instancia responsable de direccionar, formular, validar y aprobar el documento, con el fin de que adelante las gestiones correspondientes para garantizar la formalización del PEI 2024–2027, como máxima instancia de coordinación de la gestión institucional.

Adjunto actas de mesas de co-creación realizadas, lineamientos y propuestas remitidas a las subsecretarías.”

3.1.3.3. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno

En atención a lo comunicado en el hallazgo de incumplimiento (I-01-DE-2025) y a la réplica y soportes allegados por la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico del 29/07/2025, esta Oficina considera apropiado realizar las siguientes precisiones:

De conformidad con el literal c del artículo 7 del Decreto 428 de 2013, dentro de las funciones de la Oficina Asesora de Planeación, se encuentra el **“Asesorar y coordinar la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan estratégico y los planes operativos”**, por lo cual, es copartícipe en el proceso de determinación del Plan Estratégico Institucional de la Entidad.

Es así, que si bien, la Oficina Asesora de Planeación, desde el último trimestre de la vigencia 2024, ha venido realizando un ejercicio de acompañamiento y asesoramiento a la Entidad, respecto al análisis del PEI 2020-2024, y del enfoque que la SDMujer ha planteado en concordancia con el PDD Vigente, para lo cual han realizado ejercicios de co-creación como insumo para la actualización de este Plan, también es cierto que para lograr contar con la información necesaria para lograr la emisión del PEI 2024-2027 es prioritario contar con el compromiso y cooperación de todas las dependencias y/o procesos de la Entidad, así como de la Alta Dirección.

Por lo anterior, se incluye en corresponsabilidad al incumplimiento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, siendo este la *instancia estratégica, donde se toman decisiones respecto de la Operación de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, por lo que es el escenario donde se deben revisar y aprobar el Plan Estratégico de acuerdo con el horizonte que hayan definido, (...)*³, y presidido por La Secretaría de Despacho y con la Oficina Asesora de Planeación, como Secretaría Técnica⁴.

³ Concepto 178501 de 2024 del DAF

⁴ Artículo 2 de la Resolución No. 0130 del 24/04/2024

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Por consiguiente, y debido a las razones ya expuestas, y en virtud del riesgo institucional que puede configurar el no contar con un documento pertinente que defina los objetivos estratégicos y permita la orientación al cumplimiento de la misión y visión en el marco del PDD vigente, **se mantiene** el incumplimiento (I-01-DE-2025), incluyendo a la Secretaría de Despacho y al Secretario Técnico del CIGD, como corresponsables en la determinación y aprobación del PEI en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación, enmarcado en el proceso de Direccionamiento Estratégico y las funciones que le competen.

3.1.4. Oportunidad de Mejora (OM-01-VARIOS-2025): Presentación de temáticas clave, según funciones de los Comités Institucionales (CIGD Y CICCI)

Condición: Al verificar las actas y temáticas tratadas en los Comités Institucionales (CIGD y CICCI), será importante abordar todas aquellas definidas en los lineamientos establecidos (Resoluciones, Guías Internas), con especial atención de las siguientes temáticas:

Tabla 4. Temáticas definidas en lineamientos aplicables a los Comités Institucionales

Lineamiento (Resolución, Guías, etc)	Función o Directriz	Temática	Responsable
Resolución 0323 del 10/08/2023	Numeral 4 Artículo 4	Revisar la información contenida en los estados financieros de la Entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar, en coordinación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. "	Dirección Administrativa y Financiera - Gestión Financiera
	Numeral 7 Artículo 4	Someter a aprobación de la/el Representante Legal de la Secretaría Distrital de la Mujer, la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina Asesora de Planeación, hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta	Oficina Asesora de Planeación - Planeación y Gestión
Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión (DE-GU-3 V.3)	Numeral 7.5.1.	Reporte de medición PEI: Este reporte mide el avance y ejecución de los objetivos estratégicos definidos en el PEI, se calcula a través del desempeño los planes, políticas y proyectos de inversión. El reporte y seguimiento se hace anualmente mediante el informe de gestión y es comunicado al CIGD para su conocimiento y la toma de acciones, en caso de ser requeridas.	Oficina Asesora de Planeación - Direccionamiento Estratégico

Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Crterios:

- Números 4 y 7 del Artículo 4 de la Resolución No. 0323 del 10/08/2023 "Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, se regula su

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

funcionamiento y se dictan otras disposiciones.”

- Numeral 7.5.1. de la Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión (DE-GU-3 V.3)
- Artículo 16 del Decreto 428 del 27/09/2013 “Por medio del cual se adopta la estructura interna de la Secretaría Distrital de la Mujer, y se dictan otras disposiciones”.

Causas:

- Inobservancia de algunas de las funciones establecidas en los acto administrativo del CICCI, sin embargo, será importante realizar el análisis de causas correspondiente, que les permita identificar la causa raíz.

Consecuencias:

- Posible incumplimiento de las funciones a cargo del CICCI
- Acción u Omisión en la toma de decisiones por la Alta Dirección, por falta de conocimiento de información relevante en el marco del Comité.

3.1.4.1. Respuesta del auditado: Gestión Financiera

La Dirección Administrativa y Financiera – proceso Gestión Financiera mediante memorando radicado No. 3-2025-002294 del 29/07/2025, manifiesta *“En primer lugar, es importante aclarar que el pasado 24 de febrero de 2025, se presentó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los estados financieros, por lo cual se adjunta el acta correspondiente para su validación.*

Igualmente, frente a la presentación de estos en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante memorando No. 3-2025-000455 del 26 de febrero de 2025, se solicitó a su despacho -por ser la Oficina de Control Interno quien ejerce la Secretaria Técnica de dicha instancia la inclusión de este tema en la agenda del próximo Comité, sin embargo, no se recibió respuesta, por lo que se reitera la solicitud con el fin de presentar ante dicha instancia los estados financieros de la entidad”.

3.1.4.2. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno

En atención a la réplica presentada por la Dirección Administrativa y Financiera – Proceso Gestión Financiera, remitida mediante memorando radicado No. 3-2025-002294 del 29/07/2025 y la evidencia documental adjunta, esta Oficina de Control Interno ha efectuado la siguiente verificación y análisis de la Oportunidad de Mejora OM-01-VARIOS-2025:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Con respecto a la tematica abordada en el numeral 4 del artículo 4 de la Resolución 0323 de 2023 en cuanto a la revisión de información contenida en los Estados Financieros en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCI, en coordinación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño- CIGD, es importante aclarar, que no se está haciendo acotación a la presentación que se surtió en el pasado CIGD efectuado el 24 de febrero de 2025, donde se evidenció la presentación de los Estados Financieros con corte al 31 de Diciembre de 2024, sino, en el marco del CICCI.
- Por otra parte, con relación a la solicitud referenciada en el memorando radicado No. 3-20205-000455 del 26/02/2025, donde indican que hicieron la solicitud a la Secretaría Técnica del CICCI, Oficina de Control Interno, de la inclusión de esta tematica en la agenda del próximo Comité, es importante manifestar:
 - ✓ Esta solicitud se hizo en el marco de una respuesta al plan de tratamiento propuesto a los hallazgos originados en la Auditoria Interna de Cumplimiento “Evaluación al Estado del Sistema de Control Interno Contable vigencia 2024”, en el cual se indicada “ 4. Presentar ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno por lo menos una vez al año, los estados financieros de la SDMujer para su revisión y recomendaciones a que haya lugar, en virtud del literal d del artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 1083 de 2015”.
 - ✓ La solicitud manifestaba “Teniendo en cuenta que, es la Oficina de Control Interno quien ejerce la Secretaría Técnica de dicha instancia, solicito se incluya dentro de la agenda del próximo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el punto de presentación de los Estados Financieros, a cargo de esta Dirección”. Sin embargo, no se evidencia solicitud emanada desde la Subsecretaría de Gestión Corporativa, quien en ejercicio de su participación como integrante del CICCI, tiene la potestad de solicitar la inclusión de temas en la agenda de las reuniones del Comité, en el marco de las funciones que le asiste a esta dependencia establecidas en el literal c del artículo 16 del Decreto 428 de 2013⁵ (subrayado fuera de texto).

Por lo anteriormente expuesto, es perentorio indicar que en el marco de la normativa que rige al CICCI, las solicitudes de inclusión de temas en las agendas del Comité, serán solicitas por los Integrantes del Comité, siendo en este caso la Subsecretaría de Gestión Corporativa, quien es la encargada de “*Dirigir y controlar los procesos de contratación, de gestión del talento humano, de gestión de recursos técnicos, físicos, financieros, documentales y de servicios generales, así como liderar el proceso de atención a la ciudadanía; para el logro de la misión institucional*”.⁶

⁵ Modificado por el Art. 4 del Decreto 350 de 2021

⁶ <https://www.sdmujer.gov.co/ley-de-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/estructura-organica-y-talento-humano/organigrama/subsecretaria-de-gestion-corporativa>

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En resumen, la oportunidad de mejora (OM-01-VARIOS-2025), en lo concerniente al cumplimiento de lo establecido en numeral 4 del artículo 4 de la Resolución No. 0323 del 10/08/2023 , **se mantiene**, incluyendo a la Subsecretaría de Gestión Corporativa, como corresponsable, en el marco de las funciones establecidas para la dependencia.

Por otra parte, con referencia a los procesos de Planeación y Gestión y Direccionamiento Estratégico, no se recibió replica a la presente Oportunidad de Mejora, por lo que se mantiene, esta oportunidad en las mismas condiciones como fue reportada en el informe preliminar (Rad. 3-2025-002199 del 25/07/2025).

3.1.5. Oportunidad de Mejora (OM-02-VARIOS-2025): Debilidades en la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional

3.1.5.1. Ambiente de Control

- [Se elimina en virtud del reconocimiento de beneficio de auditoria].
- Las Actas correspondientes a los CIGD, no reflejan claramente el detalle de los resultados e informaciones presentadas, así como, la minuciosidad de la toma de decisiones.

3.1.5.2. Evaluación de Riesgos

- En el marco del CICCI no se han presentado en el I Semestre de 2025, informes de los seguimientos y monitoreos de los Riesgos identificados en la matriz de Riesgos de la SDMujer detalladamente por parte de la segunda línea de defensa.

3.1.5.3. Actividades de Monitoreo

- Respecto al lineamiento 17.7. "Verificación del Avance y Cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones (2ª línea)", no se pudo contar con soportes documentales que permitieran evidenciar la aplicabilidad e impacto del uso de los documentos de la Oficina Asesora de Planeación, Proceso Planeación y Gestión, en coherencia con lo manifestado " (...) OAP comunica a las dependencias los ajustes requeridos mediante correo electrónico, memorandos o en el desarrollo de mesas de trabajo, asegurando una retroalimentación oportuna y técnica (...)".

Criterios:

- Artículo 8 de la Resolución No. 0130 del 24/04/2024 "Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se regula su funcionamiento y se dictan otras disposiciones" (Deroga las Resoluciones No. 0423/2020 y 0689/2021)

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Numeral 3.1. del Procedimiento Administración del Riesgo PG-PR-3 “Roles y Responsabilidades – Segunda Línea: Presentar el seguimiento a la gestión del riesgo en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI”.
- Artículo 151 del Decreto 403 de 2020 “Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno.”

Causa:

- Inobservancia de algunos de los lineamientos establecidos en el acto administrativo del Comité Institucional de la Entidad (CIGD), sin embargo, será importante realizar el análisis de causas correspondiente, que les permita identificar la causa raíz.
- Falta de atención en la revisión de las solicitudes de información y correspondiente entrega de soportes.

Consecuencias:

- Posible incumplimiento de los lineamientos establecidos a cargo del Comité Institucional (CIGD).
- Dificultades en el ejercicio de la evaluación independiente.

3.1.5.1.1. Respuesta del auditado: Gestión Tecnológica

La Oficina Asesora de Planeación – Grupo Tecnología mediante correo electrónico remitido el 29/07/2025, manifiesta “(...) Nos permitimos informar lo siguiente:

1. La Guía de Anonimización se actualizó a finales del año pasado, sin embargo, este año también fue incluida en el contexto de la revisión de los documentos del sistema integrado de gestión. Para lo anterior se adjuntan las siguientes evidencias:

Correo - Revisión Documentos SIG - Proceso Gestión de Tecnología

Acta - Reunión_Revisión_Documentos_SIG_17022025 (Favor revisar el numeral 2) (Aún gestionando firmas)

Listado_maestro_documentos_registros_1_20250210 (Favor revisar la fila 30)

De igual manera, se informa que se han adelantado actividades para la elaboración del procedimiento de Anonimización de Datos Personales, lo cual se puede evidenciar en el archivo adjunto llamado:

Correo - Procedimiento de Anonimización de Datos para revisión

2. En lo que tiene que ver con datos sensibles adjuntamos los siguientes documentos:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Se realizó revisión de los documentos relacionados como se observa en el siguiente adjunto:

Correo - Validación de utilidad de documento

Adicionalmente se atendieron consultas sobre el manejo de datos sensibles como fue el caso del Tablero de Control de información de la Población Migrante Internacional el cual se adjunta con el correo correspondiente:

Correo - Envío de Ficha Técnica – Taller sobre Integración de Datos de Población Migrante Tablero de Control de información de la Población Migrante Internacional (...) “

3.1.5.1.2. Análisis y dictamen de Oficina de Control Interno

En atención a la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación – Grupo Tecnología, remitida mediante correo electrónico del 29/07/2025 y la evidencia documental adjunta, esta Oficina de Control Interno ha efectuado la siguiente verificación y análisis de la Oportunidad de Mejora OM-02-VARIOS-2025:

- Respecto a la condición indicada en el numeral 3.1.5.1. Ambiente de Control y en la oportunidad de mejora evidenciada a cargo del proceso de Gestión Tecnológica, se ha podido validar la aplicabilidad e impacto del uso de la Guía y Política de los documentos referenciados en la respuesta al lineamiento 1.3, observando la trazabilidad de los ajustes efectuados a la Guía de Anonimización de Datos mediante correos y actas de reunión, así como, la atención a consultas sobre manejo de información catalogada como sensible, que permitieron la emisión de recomendaciones documentales.

Esta medida representa una acción correctiva efectiva que subsana la deficiencia original y, en consecuencia, se reconoce como un beneficio de auditoría, resultando en la eliminación de la condición al proceso de Gestión Tecnológica.

Por otra parte con referencia a las condiciones 3.1.5.1, 3.1.5.2. y 3.1.5.3., a cargo del proceso de Planeación y Gestión, no se recibió réplica a la presente Oportunidad de Mejora, por lo que **se mantiene**, esta oportunidad en las mismas condiciones como fue reportada en el informe preliminar (Rad. 3-2025-002199 del 25/07/2025).

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.2. **COMPARATIVO RESULTADOS AUDITORÍAS INTERNAS vs MDI⁷ - FURAG⁸ 2024 vs RESULTADOS DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SOBRE EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO I SEMESTRE 2025**

En el presente ejercicio auditor, en función de verificar los resultados obtenidos para el I Semestre de 2025 y los resultados consolidados surgidos de evaluaciones internas⁹ y externas¹⁰ en relación con los cinco (5) componentes que conforman el Modelo Estándar de Control Interno MECI, incorporado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG implementado en la SDMujer, se realizó un comparativo de los resultados desde estos tres criterios.

Es así, que se obtuvieron los siguientes resultados respecto a la verificación efectuada, así:

✓ Resultados MDI-FURAG 2024

Como se había indicado, estos resultados no permiten comparar con los resultados de la vigencia 2025, al ser estos correspondientes a la medición de la vigencia 2024, sin embargo, permiten evidenciar la existencia de coherencia en los resultados de los Componentes MECI. Es así, que en el ejercicio de la medición del desempeño institucional - FURAG MECI de la vigencia 2024, la SDMujer obtuvo los siguientes resultados:

Imagen No. 3 – Resultados Generales Índice de Control Interno SDMujer 2024



Fuente. MDI-FURAGO 2024, Departamento Administrativo de la Función Pública.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOWYwM2U3N2MtMDY2MC00YTVjLWE1OGUtNiQ4ZjYyNDIxYTIlliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiJR9>

⁷ Medición Desempeño Institucional

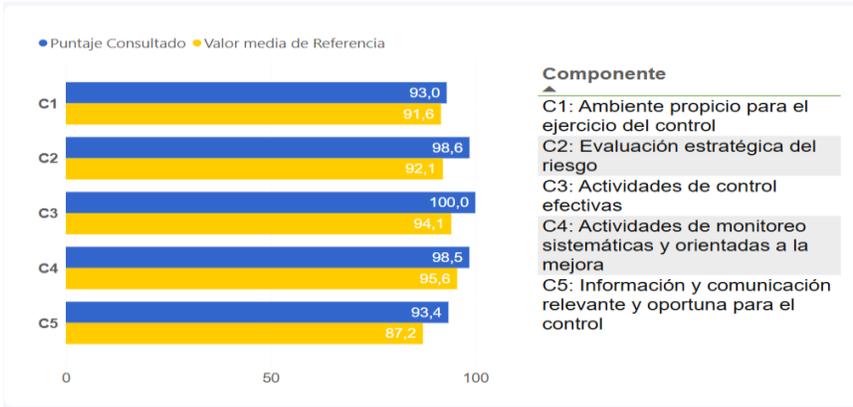
⁸ Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión

⁹ Informes de Auditoría Interna PAAI 2025

¹⁰ MDI-FURAG

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	
		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Imagen No. 4 – Resultados Índices de Desempeño de los Componentes MECI SDMujer 2024



Fuente. MDI-FURAGO 2024, Departamento Administrativo de la Función Pública.

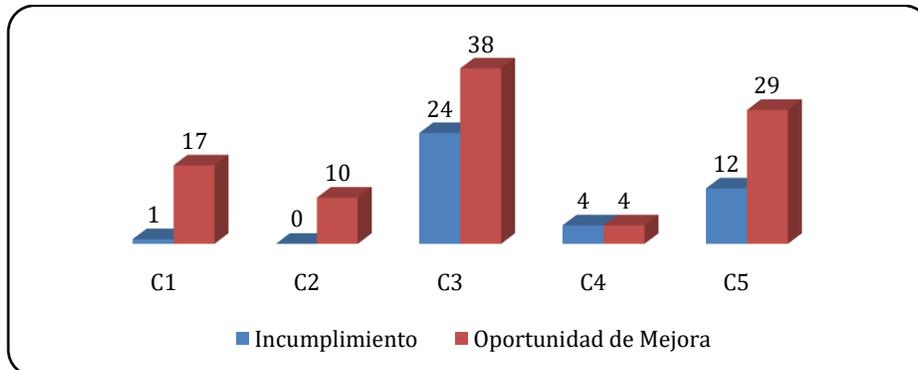
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOWYwM2U3N2MtMDY2M000YTVjLWE1OGUtNjQ4ZjYyNDIxYTIlliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNjlmMiOjR9>

Como se observó en la imagen anterior, los resultados de la medición al desempeño de los componentes del MECI, son superiores al valor media de referencia. Lo anterior, refleja que la Entidad cuenta con un Sistema de Control Interno adecuado y eficaz.

✓ Resultados Auditorías Internas PAAI I Semestre 2025

De las Dieciocho (18) Auditorías Internas efectuadas por la Oficina de Control Interno para el I Semestre de la Vigencia 2025, se obtuvieron los siguientes resultados respecto a los hallazgos identificados en el marco de estos, los cuales se identificaron acorde a los componentes del MECI¹¹, así;

Gráfico No. 1 – Hallazgos por Componente Auditorías Internas PAAI I Semestre 2025



Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

¹¹ Modelo Estándar de Control Interno

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Imagen No. 5 – Participación de Hallazgos x Componente

Componente	% Hallazgos (Incumplimientos y Oportunidades de Mejora)
Ambiente de control	13%
Evaluación de riesgos	7%
Actividades de control	45%
Información y comunicación	6%
Monitoreo	29%

Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Como se ve en el gráfico No. 1, se identificaron 139 hallazgos (Incumplimientos y Oportunidades de Mejora) en los 18 ejercicios de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno durante el I Semestre de 2025, observándose que los componentes “*Actividades de Control y Actividades de Monitoreo*”, son los que en términos generales cuentan con mayor cantidad de hallazgos identificados, representando el 74% del total (Imagen No. 5).

Del 100% de los hallazgos, 98 (70,5%) corresponden a Oportunidades de Mejora, que evidencian situaciones que podrían convertirse en un futuro en un incumplimiento normativo con efecto en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.

✓ Resultados EISCI I Semestre 2025

De la Evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno del Estado del Sistema de Control Interno en el marco del presente ejercicio auditor, se obtuvieron los siguientes resultados por componente del MECI:

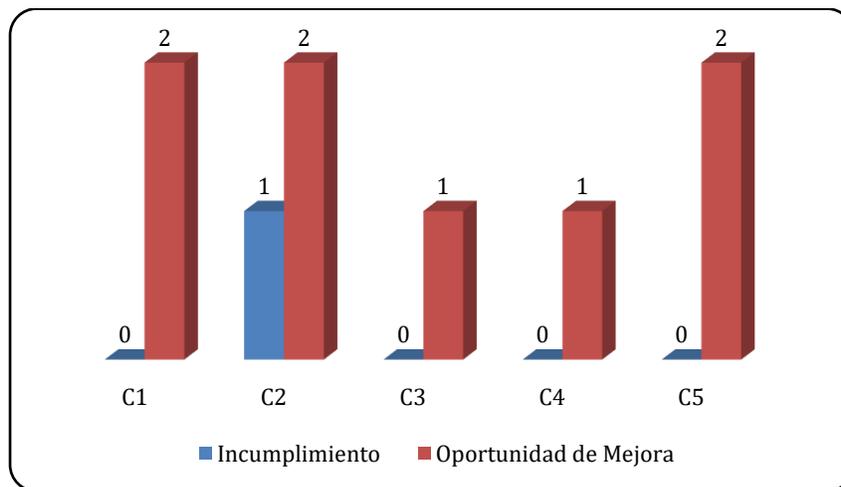
	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Imagen No. 6 – Resultados EISCI I Semestre 2025 x Componente

Componente	Nivel de Cumplimiento componente
Ambiente de control	92%
Evaluación de riesgos	71%
Actividades de control	83%
Información y comunicación	89%
Monitoreo	93%

Fuente: Formato DAFP (Anexo N°1 - Conclusiones)

Gráfico No. 2 – Hallazgos por Componente EISCI I Semestre de 2025



Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Imagen No. 7 – Participación de Hallazgos x Componente

Componente	% Hallazgos (Incumplimientos y Oportunidades de Mejora)
Ambiente de control	22%
Evaluación de riesgos	33%
Actividades de control	11%
Información y comunicación	11%
Monitoreo	22%

Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Como se ve en el gráfico No. 2, en la presente evaluación se identificaron 9 hallazgos (Incumplimientos y Oportunidades de Mejora) en la auditoría de cumplimiento, observándose que en el componente de “Evaluación de Riesgos”, es el que presenta mayor cantidad de hallazgos identificados, representando el 33% del total (Imagen No. 7).

- ✓ Comparativo Resultados Auditorías Internas PAAI I Semestre 2025 y Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno I Semestre de 2025

Con el propósito de evidenciar como se encuentra en la presente vigencia el estado del SCI, en el marco de los componentes que lo integran y que acciones de mejora se deben implementar para continuar con los óptimos resultados obtenidos en la medición de la vigencia 2024, se realiza un análisis comparativo entre los resultados obtenidos en 2024, los correspondientes a la Evaluación Independiente a corte del 30 de junio de 2025 y los hallazgos identificados en las Auditorías Internas efectuadas por la Oficina de Control Interno durante el I semestre de 2025.

Tabla 5. Comparativo Resultados Componentes MECI SDMujer

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Componentes SCI	MDI MECI 2024	EISCI I Semestre 2025	AI I Semestre 2025 - Hallazgos
C1 - Ambiente de Control	93,0	92,0	13,0
C2 - Evaluación de Riesgos	98,6	71,0	7,0
C3 - Actividades de Control	100,0	83,0	45,0
C4 - Información y Comunicación	93,4	89,0	6,0
C5 - Actividades de Monitoreo	98,5	93,0	29,0

Fuente. Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Como se puede observar en la tabla No. 5, los resultados obtenidos en la evaluación del I Semestre de 2025, nos refleja, que tres (3) de los componentes, respecto a los resultados de la medición 2024, están evidenciando desmejoras sustanciales, que pueden ser gestionadas en lo que resta de la vigencia 2025, permitiendo el fortalecimiento del SCI, para lo cual es importante que se tengan en cuenta los resultados (hallazgos) emitidos en los informes de la Oficina de Control Interno, con el propósito de identificar y tomar acciones oportunas y adecuadas que permitan mitigar el impacto que estos hallazgos puedan generar sobre los componentes del SCI para la vigencia 2025.

4. CONCLUSIONES

Como resultado de la verificación y seguimiento sobre el cumplimiento del Estado del Sistema de Control Interno conforme al MECI y el MIPG acorde con lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP en la Circular Externa N° 100-006 del 19 de diciembre de 2019, la Secretaría Distrital de la Mujer ha venido dando cumplimiento de las disposiciones en materia de Sistema de Control Interno y Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la Entidad, así:

- Los lineamientos verificados en la presente evaluación, permiten la medición del grado de cumplimiento respecto a la estructura de control establecida en el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer con corte al 30 de junio de 2025, en consonancia a la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP reflejando un resultado final de los componentes en el presente formulario de 86%, demostrando continuidad en el trabajo articulado entre las Líneas de Defensa y los resultados de los controles establecidos en la Entidad.
- El resultado del componente Actividades de Control se mantienen en el porcentaje evidenciado en la evaluación con corte al 31 de diciembre de 2024 (83%).
- El Sistema presenta desmejoras en cuatro (4) de los cinco (5) componentes (Ambiente de Control (-5%), Evaluación de Riesgos (-8%), Información y Comunicación (-4%) y Actividades de Monitoreo (-7%).

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Esta evaluación al Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer permite evidenciar la efectividad del mismo, en razón a que su diseño esta alineado con las necesidades y operatividad de la Entidad, permitiendo la flexibilidad respecto con su evolución, lo que contribuye al cumplimiento misional y de objetivos de la SDMujer.

Por otra parte, se observó que la Entidad, respecto a la presente evaluación y comparativamente con Evaluaciones al Sistema de Control Interno, obtenidas desde diferentes fuentes, refleja coherencia en los resultados obtenidos, lo que conlleva a evidenciar la necesidad de fortalecer ciertos aspectos operativos de la Entidad, con veras de cumplir con los lineamientos enmarcados en esta evaluación independiente. Es preciso aclarar que los resultados de la Medición de Desempeño Institucional – MECI FURAG, no son en su completitud comparativos con los resultados obtenidos en el presente ejercicio y con el consolidado de los resultados de las Auditorías Internas, sin embargo, sirven en el marco de los componentes que conforman el SCI, para evidenciar aquellas oportunidades de mejora que pueden coadyuvar a un Sistema de Control Interno efectivo en la SDMujer.

No obstante, será importante seguir trabajando en acciones que permitan fortalecer el cumplimiento de las metas establecidas para la presente vigencia y, los soportes presentados que demuestren el cumplimiento, reflejados en un (1) Incumplimiento y dos (2) oportunidades de mejora, las cuales tienen como propósito la mejora de la Entidad frente al cumplimiento del Estado del Sistema de Control Interno.

5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar sesiones conjuntas entre el CICC y el CIGD, tendiente a la dinamización de estos espacios en relación con el seguimiento y evaluación de aspectos claves para el mejoramiento de la gestión y desempeño de la entidad y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Solicitar acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, respecto a la identificación, determinación y redacción de los riesgos y controles, acorde a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Se evidenció en el marco de los resultados de la AC "Proceso de Gestión del Talento Humano" que se identificaron hallazgos relacionados con el cumplimiento de los lineamientos 4.2, 4.4, 4.5 y 4.6, lo que impacto en la calificación del criterio "funcionando", conllevando a una leve disminución del porcentaje de cumplimiento del componente, por lo que se exhorta al proceso de Gestión del Talento Humano a continuar con la formulación de los Planes de Mejora, originados en el Informe de AC al Proceso de Gestión de Talento Humano, que permita en próximos análisis y evaluaciones evidenciar las acciones de mejora implementadas y la eficacia y efectividad de estas.
- En el marco del Informe de Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III Cuatrimestre de 2024, realizado por la OCI, se observó que la Entidad cuenta con un Procedimiento de

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Administración del Riesgo PG-PR-3, sin embargo, se observó que aún se continúan presentando debilidades en la identificación y determinación de controles adecuados y acciones preventivas que contribuyan a mitigar la ocurrencia de eventos de riesgo, por lo que se exhorta a los procesos de la Entidad a continuar con la formulación de los Planes de Mejora, originados en el Informe de AC Evaluación de Riesgos Institucional y PTEP III Cuatrimestre de 2024, que permita en próximos análisis y evaluaciones evidenciar las acciones de mejora implementadas y la eficacia y efectividad de estas.

- En el marco del Informe de Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de PQRSDF II Semestre de 2024, realizado por la OCI, se observó que la Entidad cuenta con manuales y procedimientos para el manejo de información entrante y saliente, sin embargo, se observó que aún se continúan presentando debilidades en esta gestión realizada desde todos los canales con que cuenta la SDMujer, por lo que se exhorta a los procesos de Relacionamiento con la Ciudadanía y Gestión Documental continuar con la formulación de los Planes de Mejora, originados en el Informe de AC, que permita en próximos análisis y evaluaciones evidenciar las acciones de mejora implementadas y la eficacia y efectividad de estas.
- Continuar con el proceso de actualización documental de todos los procesos, con el propósito de articular los objetivos de cada uno de estos con la misión institucional y los objetivos estratégicos de la Entidad.

6. PLAN DE MEJORAMIENTO

La Oficina Asesora de Planeación junto con el apoyo y trabajo conjunto con la Oficina de Control Interno, estableció el procedimiento interno “*Mejora Continua (PG-PR-07, V02)*” con el objetivo de definir la metodología para la identificación, análisis y eliminación de las causas de no conformidades, incumplimientos, observaciones y oportunidades de mejora identificadas en los ejercicios de autoevaluación, evaluación, inspección, vigilancia, auditorías internas y externas, que evalúen la gestión de los procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer, mediante la formulación, ejecución y seguimiento de planes de mejoramiento, con el fin de evitar que las causas se vuelvan a presentar, garantizando la mejora continua del Sistema de Gestión.

En razón a lo anterior, a partir de la vigencia 2025, la segunda línea (Oficina Asesora de Planeación) será la encargada de determinar la eficacia (cumplimiento) de las acciones de planes de mejora internos, mientras la tercera línea (Oficina de Control Interno) estará encargada de realizar la validación de la eficacia y evaluación de la efectividad de las acciones de los Planes de Mejoramiento para eliminar la causa (s) que originó los hallazgos.

Dado lo anterior con relación al informe de “Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno I Semestre de 2025”, se evidencia que actualmente se cuenta con 13 planes de mejora, que serán sujetos de evaluación de efectividad por parte de la Oficina de Control Interno en el presente informe. Por lo anterior, es importante que se validen la completitud de la documentación,

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

de tal forma que se cuente con las evidencias de la ejecución de las acciones de mejora debidamente cargadas en el aplicativo “Lucha” dentro de los tiempos propuestos.

6.1. Evaluación de Efectividad Planes de Mejoramiento Internos – Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno

De acuerdo con la funcionalidad del aplicativo LUCHA en el módulo de mejoramiento y como parte del presente seguimiento realizado a los planes de mejoramiento internos, se realizó evaluación de la efectividad de las acciones de mejora cerradas con el propósito de verificar que las ejecuciones de dichas acciones fueron conducentes a mejorar la gestión de los procesos después de su cumplimiento. En ese sentido, se procedió a validar la efectividad de 13 planes de mejora, con 20 acciones de mejora, como se evidencia a continuación:

Tabla 4. Acciones de mejora objeto de evaluación de efectividad

Ítem	Fuente de Auditoría	ID Aplicativo LUCHA
1	Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del Primer Semestre de 2022 PAA 2022	943, 945
2	Informe de Seguimiento Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Primer Sem 2023 PAA 2023	1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1232
3	Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Segundo Semestre de 2023 - PAA 2024	1386
4	Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Primer Semestre de 2024 PAA 2024	1454

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo “Lucha”, módulo mejoramiento continuo.

Nota: El detalle del seguimiento realizado a cada una de las acciones se muestra en el Anexo 1 del presente informe.

De los 13 planes de mejora evaluadas en términos de efectividad, se identificó que el 100% (13 planes) fueron efectivos, dado que las acciones implementadas contribuyeron a evitar que la causa raíz del hallazgo se materialice nuevamente.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	
		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tabla 5. Resultados evaluación efectividad planes internos

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	No Acciones por evaluar	No Acciones efectivas *	No Acciones inefectivas *
Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del Primer Semestre de 2022 PAA 2022	Planeación y Gestión	2	2	---
	Gestión Documental	1	1	---
Informe de Seguimiento Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Primer Sem 2023 PAA 2023	Gestión Talento Humano	2	2	---
	Gestión Tecnológica	2	2	---
	Planeación y Gestión	7	7	---
	Gestión Documental	1	1	---
	Comunicación Estratégica	2	2	---
	Territorialización de la Política Pública	1	1	---
Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Segundo Semestre de 2023 - PAA 2024	Gestión del Conocimiento	1	1	---
Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Primer Semestre de 2024 PAA 2024	Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias	1	1	---
Total		20	20	0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo "Lucha", módulo mejoramiento continuo.

Es importante mencionar que en el ID 1225 se indicaron como responsables los procesos de Gestión del Talento Humano y Planeación y Gestión, sin embargo, solo se formuló por parte del proceso de Planeación y Gestión acción de mejora.

En consecuencia, y con base en los resultados de la Auditoria de Cumplimiento al Proceso de Gestión de Talento Humano efectuado en la presente vigencia, se evidenció la presencia de las debilidades relacionadas con el proceso en el ID 1225, lo que infiere, que la problemática y causa raíz generadora del hallazgo persiste (I-07-GTH-2025 e I-08-GTH-2025).

Por lo anterior, con base en los planes de tratamiento que formule el proceso frente a estos hallazgos, se realizara seguimiento a las acciones de mejora tendientes a mitigar la materialización de la causa raíz.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: RAD_3-2025-002344 Fecha: 30-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

7. ANEXOS

CONTENIDO	PRESENTACIÓN	NOMBRE DE ARCHIVO
Resultados Evaluación de efectividad a Planes de Mejoramiento Internos corte 30 junio 2025	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo 1. Evaluac_Efectividad_PM EISCI I SEM 2025.xlsx
Conclusiones Estado Sistema Control Interno I Semestre 2025	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo 2. Conclusiones Estado SCI _ I SEM 2025

8. FIRMAS

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró
Maryam Paola Herrera M.
Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Revisó y Aprobó
Andrés Pabón Salamanca
Jefe (a) de Oficina

Notas finales:

- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Internas, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por (dependencias proveedoras de información durante la auditoría interna), a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- Las "Oportunidades de Mejora" y "Recomendaciones" será importante que sean analizadas, y se incentiva su tratamiento a través de los planes de mejoramiento en virtud de la posible materialización de un riesgo y la mejora continua.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Entidad.
- La comunicación interna remisoría del presente resultado de trabajo de auditoría interna se constituirá como el informe ejecutivo e incluirá como mínimo el resumen del resultado, las recomendaciones y la solicitud del plan de mejoramiento.