Informe Semestral de Seguimiento a los Instrumentos Técnicos y Administrativos de la Función de Auditoría Interna en el Marco del Sistema de Control Interno

Periodo: Primer Semestre 2025

I. Introducción

El presente informe ha sido elaborado en cumplimiento con lo establecido en el Artículo 29, Numeral 5, del Decreto Distrital 221 de 2023. Su propósito es abordar la evaluación y el seguimiento de los siguientes aspectos clave que configuran la función de auditoría interna y su integración en el Sistema de Control Interno (SCI) de la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer) durante el periodo reportado:

- **Cumplimiento de los Roles de la Oficina de Control Interno:** Análisis del desempeño de la Oficina de Control Interno (OCI) en sus funciones esenciales de evaluación independiente, asesoría y acompañamiento, y fomento de la cultura del control.

- **Adhesión al Estatuto de Auditoría Interna:** Verificación del respeto y cumplimiento de las directrices establecidas en el Estatuto o Carta de Auditoría Interna de la entidad, garantizando su propósito, autoridad e independencia.

- **Ejecución del Plan Anual de Auditoría (PAAA):** Presentación del avance físico y temático del PAAA, incluyendo el análisis de las desviaciones y su impacto en la cobertura planificada.

- **Observancia del Código de Ética y Normas de Auditoría:** Evaluación del cumplimiento del Código de Ética para el ejercicio de la auditoría y la aplicación de las Normas Globales de Auditoría Interna (NGAI) en la práctica diaria de la función.

- **Cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo:** Revisión de la aplicación y efectividad de la política de administración del riesgo de la entidad.

II. Cumplimiento de los Roles de las Oficinas de Control Interno

De conformidad con el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017 y en respuesta a los lineamientos de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Versión 4 - Julio de 2020), la Oficina de Control Interno tiene asignados cinco (5) roles principales que orientan el desarrollo de sus actividades y la planificación anual del Plan Anual de Auditoría, en estricta concordancia con la normativa vigente.

En este sentido, la Oficina de Control Interno de la SDMujer celebró el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 20 de diciembre de 2024, donde se aprobó el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2025, diseñado para responder a los roles normativos asignados y planificar las actividades para dicho periodo.

A continuación, se presenta un análisis detallado por rol de las actividades desarrolladas por la Oficina durante el primer semestre de 2025, con el propósito de validar el cumplimiento de los roles determinados por la normatividad y generar una serie de recomendaciones orientadas a la mejora continua del proceso de “Evaluación Independiente de la Gestión” en la Entidad.

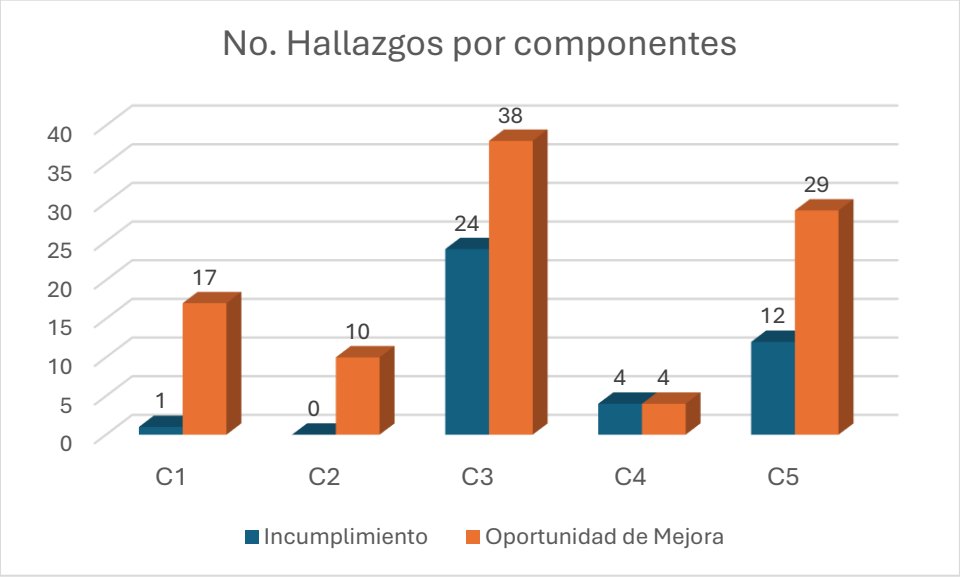
Evaluación del Sistema de Control Interno

Durante la presente vigencia, la Oficina de Control Interno llevó a cabo la Auditoría Interna a la Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno del Segundo Semestre de 2024. Esta evaluación evidenció un grado de cumplimiento del 90% en la estructura de control establecida en el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer, lo cual demuestra una mejora significativa en el trabajo articulado entre las Líneas de Defensa y en los resultados de los controles implementados en la Entidad.

Asimismo, se identificó que el Sistema de Control Interno presenta mejoras en tres (3) de sus cinco (5) componentes: Ambiente de Control (+6%), Actividades de Control (+13%) e Información y Comunicación (+4%). En relación con los resultados de los componentes “Evaluación de Riesgos” y “Actividades de Monitoreo”, estos mantienen los porcentajes evidenciados en la evaluación con corte al 30 de junio de 2024 (100%). Sin embargo, se detectaron algunos aspectos susceptibles de mejora que requieren medidas para evitar su persistencia, lo que condujo al establecimiento de dos (2) incumplimientos y dos (2) oportunidades de mejora, los cuales están siendo gestionados por los procesos involucrados.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno de la SDMujer realiza seguimientos periódicos al SCI de la Entidad. Los hallazgos formulados en el marco de las auditorías se clasifican con base en los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), lo que permite generar un panorama integral de la situación del SCI en la Entidad y fundamentar la toma de acciones orientadas a la mejora de los procesos.

Gráfica No.1. *Número hallazgos por componente del MECI*



Componentes:

C1: Ambiente de Control

C2: Evaluación del Riesgo

C3: Actividades de Control

C4: Información y Comunicación

C5: Actividades de Monitoreo

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con base de datos de control interna, 2025.

En razón a lo anterior, se identificó que de los 41 incumplimientos formulados en trabajos de auditoría realizados durante la vigencia 2025, los dos (2) componentes con el mayor número de hallazgos corresponden a “C3. Actividades de Control”, con un 59% (24 hallazgos), y “C5. Actividades de Monitoreo”, con un 29% (12 hallazgos). Del mismo modo, de las 98 oportunidades de mejora resultantes de las auditorías, el 39% (38 oportunidades) se atribuye al “C3. Actividades de Control” y el 30% (29 oportunidades) al “C5. Actividades de Monitoreo”. Esta distribución permite inferir debilidades en la segunda línea de defensa, específicamente en la ejecución de actividades de supervisión continua y en la aplicación de procesos, procedimientos y actividades diseñadas para controlar la materialización de riesgos.

Gestión del Riesgo.

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo – Versión 7 (PG-PLT-1) y en aplicación de los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (DAFP, Versión 6), llevó a cabo, durante el primer semestre de la vigencia 2025, la evaluación del diseño y la efectividad de los controles asociados a los riesgos institucionales. El propósito fue verificar la mitigación de los riesgos de la Entidad, los cuales han sido establecidos por la primera y segunda línea de defensa. Se evaluó un total de treinta y seis (36) controles registrados en el aplicativo Kawak-Lucha, obteniéndose los siguientes resultados principales:

Se confirmó el cumplimiento asociado a la publicación del Mapa de Riesgos en Kawak-Lucha. Tanto el Mapa de Riesgos de Gestión como el de Corrupción están actualizados, publicados y

disponibles en el aplicativo Kawak-Lucha. Este hecho demuestra la adherencia a los estándares de transparencia y facilita un monitoreo continuo y oportuno de los riesgos. La relevancia de este cumplimiento radica en que evidencia la disponibilidad de una plataforma tecnológica que centraliza y sistematiza el control de la gestión institucional, garantizando una supervisión eficiente de los procesos y reduciendo la probabilidad de omisiones o retrasos en la detección de riesgos y el monitoreo de sus controles.

No obstante, se identificaron áreas clave para fortalecer el Sistema de Control Interno, con el fin de mejorar la prevención y detección de riesgos de gestión y corrupción, así como optimizar la trazabilidad de los controles. La Tabla No. 1 resume las temáticas de mejora detectadas, varias de las cuales son recurrentes en evaluaciones anteriores:

Tabla No. 1. *Resumen de Temáticas de Oportunidades de Mejora.*

Temática de Mejora	Casos Identificados
Documentación insuficiente de riesgos	5
Evidencia incompleta de ejecución de controles	6
Control no formalizado	1
Falta de seguimiento cuatrimestral	1

Fuente: Elaboración propia, con base en los registros identificados en el aplicativo Kawak, Lucha.

A continuación, se describen las oportunidades de mejora identificadas:

- Documentación insuficiente de riesgos de corrupción: De los veintitrés (23) procesos evaluados en la Secretaría Distrital de la Mujer, cinco (Planeación y Gestión; Arquitectura Empresarial; Comunicación Estratégica; Transversalización del Enfoque de Género y Diferencial para Mujeres; y Gestión de Políticas Públicas) carecen de una documentación adecuada de los riesgos de corrupción. Esta deficiencia compromete la capacidad de la entidad para prevenir eficazmente posibles irregularidades.

- Evidencia incompleta de la ejecución de controles: Se detectaron deficiencias en la evidencia del avance de los controles según las periodicidades establecidas. Seis controles no registraron pruebas de ejecución dentro de los plazos definidos, lo que eleva el riesgo de que posibles actividades de corrupción no sean detectadas oportunamente.

- Control no formalizado en la documentación del proceso: Se identificó un control que no figura en los manuales, procedimientos ni flujogramas correspondientes. Esta ausencia de formalización impide su estandarización y dificulta tanto su implementación como su seguimiento. La formalización de este control en la documentación es fundamental para asegurar claridad y consistencia, facilitar el seguimiento y la evaluación, promover la rendición de cuentas y fomentar la mejora continua.

- Falta de seguimiento cuatrimestral: No se evidenció el registro en el aplicativo Kawak-Lucha del Acta de Seguimiento cuatrimestral de uno de los riesgos evaluados. Este registro constituye un requisito clave para validar la necesidad de actualizar los riesgos y controles de la Entidad.

Durante la vigencia 2025, se espera que las dependencias responsables den trámite oportuno a estas oportunidades de mejora y que implementen los controles necesarios para evitar la recurrencia de estas situaciones. Ello con el fin de fortalecer la primera línea de defensa, reducir la probabilidad de materialización de riesgos de gestión y corrupción, y promover una cultura de integridad y rendición de cuentas en toda la entidad.

Es importante destacar que, conforme al Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025, la evaluación de la gestión de riesgos institucional está programada para el mes de noviembre. Esta auditoría permitirá:

- Verificar oportunamente el cumplimiento de los controles establecidos.
- Ajustar el enfoque de la auditoría de acuerdo con los hallazgos actuales.
- Planificar acciones preventivas antes de finalizar la vigencia para asegurar una gestión de riesgos más robusta.
- Realizar un seguimiento detallado de las oportunidades de mejora identificadas hasta la fecha, validando su avance y evitando su recurrencia en futuras evaluaciones.

Asimismo, se realizó la evaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2024, en la cual se validó el avance del componente “Evaluación de Riesgos”, manteniéndose los porcentajes alcanzados al 30 de junio de 2024 (100%). Cabe señalar que este análisis ya ha sido integrado en la primera sección del presente informe, donde se presenta una visión integral del estado del Sistema de Control Interno.

Auditorías Basadas en Riesgos

La Oficina de Control Interno de la SDMujer, en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 20 de diciembre de 2024, aprobó el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2025. Este plan contempla la realización de cinco (5) auditorías basadas en riesgos, seleccionadas de acuerdo con la priorización efectuada por la Jefatura de Control Interno, y dirigidas a los siguientes procesos de la Entidad:

1. Gestión Administrativa.
2. Comunicación Estratégica.
3. Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias.
4. Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres.
5. Arquitectura Empresarial.

A la fecha de corte, junio de 2025, se ha completado el 40% de estas auditorías, correspondientes a los procesos de Comunicación Estratégica y Gestión Administrativa. En cada una de ellas se han identificado logros significativos y oportunidades de mejora relevantes. En la Tabla 2 se relacionan los principales logros y hallazgos identificados en estas auditorías.

Tabla No. 2. *Resumen de Auditorías basadas en Riesgos, Vigencia 2025.*

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
Comunicación Estratégica.	Informe comunicado mediante memorando de ORFEO No. 3-2025-001277 del 21-05-2025.	▪ Registro de riesgo formal vinculado al proceso en Kawak. ▪ Clasificación y alineación del riesgo con el proceso auditado.	▪ Riesgo de corrupción no documentado por el proceso Comunicación Estratégica. ▪ Redacción deficiente del riesgo 2147, no se evidencia la implementación de criterios de Guía Externa e institucional de riesgos. ▪ Falta de reconocimiento de otros riesgos claves del proceso (asociados a gestión y corrupción).
Gestión Administrativa.	Informe comunicado mediante memorando de ORFEO No. 3-2025-001585 del 13-06-2025.	▪ Registro de riesgos en el sistema institucional (Kawak). ▪ Asociación de controles a los riesgos. ▪ Articulación de algunos riesgos con hallazgos históricos.	▪ Debilidades en el diseño y ejecución de los controles asociados al Riesgo de Corrupción. ▪ Riesgos de gestión y fiscales no reconocidos en el proceso de Gestión Administrativa.
Arquitectura Empresarial.	Programada para el 31 de agosto de 2025, según PAA. En espera de reprogramación o eliminación del PAA.		
Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia.	En proceso. Programada para el 31 de octubre de 2025, según PAA.		
Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres.	En proceso. Programada para el 31 de octubre de 2025, según PAA.		

Fuente. Elaboración propia de acuerdo avances del PAA, Vigencia 2025.

Por otra parte, las auditorías de Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia y de Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres avanzan según el Plan Anual de Auditorías y tienen ejecución prevista para octubre de 2025. En cambio, la auditoría de Arquitectura

Empresarial permanece pendiente, pues se requiere la aprobación presupuestal para contratar al profesional especializado; en consecuencia, se espera a la decisión de la Alta Dirección sobre su reprogramación o posible exclusión del PAA.

Asesoría y Acompañamiento

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno ha realizado seis (6) actividades de asesoría y acompañamiento, en cumplimiento del rol asignado mediante el Decreto 648 de 2017. Estas actividades incluyen:

- **Febrero:** Capacitación sobre la matriz de componentes del Sistema de Control Interno (SCI) dirigida a la Dirección del Sistema Distrital del Cuidado, con miras a la próxima evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno.
- **5 de marzo de 2025:** Asesoría a la Dirección de Contratación y a la Oficina Asesora de Planeación sobre el cierre de planes de mejoramiento internos y externos.
- **5 de marzo de 2025:** Asesoría a la Oficina Asesora de Planeación en la revisión de los resultados del informe del Sistema de Control Interno, con el fin de facilitar el diseño de planes de mejoramiento que contribuyan a mitigar la causa raíz de los hallazgos.
- **22 de mayo:** Acompañamiento en mesa de trabajo con la Contraloría de Bogotá, referente a los planes de mejoramiento objeto de revisión en la auditoría que el Ente de Control adelanta en la Entidad.
- **24 de junio:** Acompañamiento en la entrega de bienes dados de baja a la empresa de reciclaje.
- **25 de junio:** Acompañamiento en la entrega de bienes derivados del proceso de martillo.

Con base en lo anterior, se constata el cumplimiento del rol asignado. La Oficina de Control Interno continuará trabajando activamente en esta función, con el propósito de generar recomendaciones de enfoque preventivo que contribuyan a la mejora de la estructura de control de la entidad, especialmente en aspectos fundamentales como la gestión del riesgo y los planes de mejoramiento.

Fomento de la Cultura del Control

Las funciones de las Oficinas de Control Interno se centran primordialmente en verificar que los controles asociados a todas las actividades de la organización estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren de forma continua, en concordancia con la evolución de la entidad. Para lograr este objetivo, resulta fundamental fomentar una cultura de control en toda la organización que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, así como de los planes, metas y objetivos establecidos, actuando como instancia evaluadora del Sistema de Control Interno.

En este sentido, la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del rol asignado, ha emprendido acciones para promover la cultura del control a través de una campaña interna de autocontrol. Dicha campaña fue solicitada al área de Comunicaciones de la Entidad el 16 de mayo con una serie de ideas, y fue publicada el mismo 16 de mayo en la "Boletina" del mes.

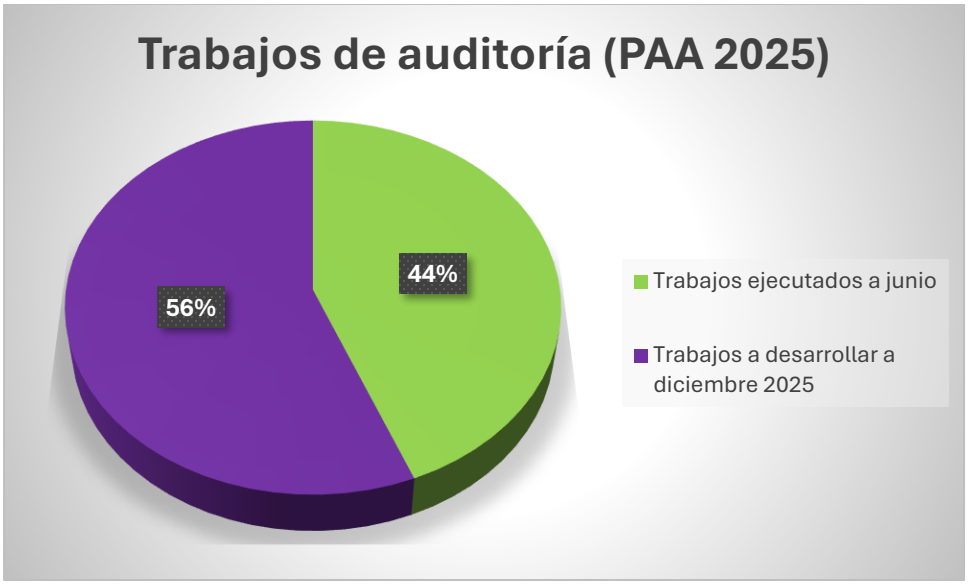
No obstante, se hace evidente la necesidad de seguir fortaleciendo estos ejercicios en la Entidad a lo largo de la vigencia. Si bien la Oficina de Control Interno ha realizado esfuerzos para llevar a cabo campañas sobre la cultura del control, las mismas no han generado el impacto esperado, conforme a las piezas comunicacionales producidas por el área de Comunicaciones de la Entidad.

Por lo tanto, se considera esencial diseñar un “Plan para el Fomento de la Cultura del Autocontrol” en la Secretaría Distrital de la Mujer. Este plan debe estar encaminado a elaborar y construir herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio de autocontrol y autoevaluación en todos los servidores públicos y colaboradores. El objetivo es proporcionar nociones básicas sobre el autocontrol y proponer pautas generales sobre la forma en que los servidores públicos de la SDMujer pueden aplicar técnicas de autoevaluación durante el desempeño de sus funciones, como un mecanismo efectivo para prevenir riesgos y mejorar su gestión y resultados, en cumplimiento de la misión institucional, sus objetivos, planes y metas.

IV. Ejecución del Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI)

La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de desarrollar procesos de evaluación que sean planeados, documentados, organizados y sistemáticos. Estos procesos deben enfocarse en las metas estratégicas de gran alcance, los resultados esperados, las políticas, los planes, programas, proyectos, procesos, indicadores y riesgos que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno.
En virtud de lo anterior, se estableció el Plan Anual de Auditoría (PAA) para la vigencia 2025, el cual se fundamenta en un ejercicio de priorización realizado previamente, y que contempló lo establecido en la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Versión 4 - Julio de 2020) y las Normas Globales de Auditoría Interna (NGAI), específicamente el Dominio III: Gestión de la Función de Auditoría Interna, Norma 10.3 Planificación.
Respecto a su ejecución, es relevante mencionar que durante la vigencia 2025 se han desarrollado diecinueve (19) trabajos de auditoría, de los cuales catorce (14) han sido auditorías de cumplimiento, dos (2) auditorías de seguimiento y dos (2) auditorías basadas en riesgos. Esto representa un 44% de ejecución del Plan Anual de Auditoría propuesto para la presente vigencia.

Gráfica No.2. *Trabajos de auditoría ejecutados y próximos a desarrollar en 2025.*



Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información del PAA 2025.

De acuerdo con la programación establecida, se han presentado los siguientes trabajos de auditoría con sus respectivos informes a los procesos involucrados, con corte a junio de 2025:

Tabla No.3. *Trabajos de auditoría ejecutados en 2025.*

Tipo de auditoría	Trabajo de auditoría desarrollado
Auditorías de Cumplimiento (AC)	▪ Evaluación Independiente SCI II Semestre 2024. ▪ Evaluación Institucional de Gestión por dependencias 2024. ▪ Derechos Autor Software 2024. ▪ PQRS II Semestre 2024. ▪ 2 cuenta Anual 2024 (Evaluación al Sistema de Control Interno Contable y Seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno, Vigencia 2024. ▪ PTEP III Cuatrimestre de 2024. ▪ Seguimiento a la Directiva 008 de 2021 – Vig. 2024. ▪ Austeridad del Gasto IV Trimestre 2024. ▪ Evaluación y Seguimiento a Metas Priorizadas Plan de Desarrollo Distrital - Primer seguimiento. ▪ FURAG 2024. ▪ Evaluación Riesgos G. Institucional III Cuatrimestre 2024. ▪ Evaluación sobre la información litigiosa. ▪ Informe de Seguimiento a la Austeridad del Gasto Público I Trimestre 2025.

Tipo de auditoría	Trabajo de auditoría desarrollado
	▪ Evaluación de la Gestión del Talento Humano.
Auditorías de seguimiento (AS)	▪ 1 cuenta Anual 2024 (Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscritos con Entes de Control externos corte 31 diciembre 2024 – 1 corte). ▪ Seguimiento a la Acciones Correctivas y de Mejora del Plan de Mejoramiento Interno de la Secretaría (1 corte).
Auditorías basadas en Riesgos (ABR)	▪ Gestión Administrativa (GA-CA-1). ▪ Comunicación Estratégica (CE-CA-0).

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información del PAA 2025.

Respecto a las desviaciones identificadas en los tiempos programados para la ejecución del Plan Anual de Auditorías 2025 de la SDMujer, se identificaron retrasos en la entrega de los productos finales para los siguientes trabajos de auditoría, debido a las razones que se exponen a continuación:

- **AC9: Informe de Seguimiento a la Austeridad del Gasto Público IV Trimestre de 2024.** Este informe estaba programado para ejecutarse entre la segunda semana de febrero y la primera de marzo; sin embargo, el informe final fue comunicado el 27 de marzo de 2025. Este retraso se debió a la prioridad otorgada a la ejecución de los informes de rendición de cuentas, así como a la insuficiencia de personal para el desarrollo de las auditorías en los meses establecidos. Adicionalmente, el análisis requería la revisión de estados financieros cerrados, cuya disponibilidad para consulta solo se materializó hasta el 28 de febrero de 2025, lo que extendió los tiempos para el análisis de la información recibida por parte del proceso.

- **AC13: Evaluación sobre la información litigiosa.** Programado para ejecutarse durante el mes de abril, el informe final fue comunicado el 14 de mayo de 2025. Este retraso se atribuye a demoras en la contratación del profesional designado para el desarrollo de la auditoría, lo que implicó una extensión de los tiempos dispuestos en el PAA.

- **AC15: Evaluación de la Gestión del Talento Humano.** Programado para ejecutarse durante el mes de mayo, el informe final fue comunicado el 24 de junio de 2025. Las dificultades se presentaron debido a la entrega tardía de información por parte del proceso auditado y a cambios en la programación prevista para las visitas, ya que la Directora no pudo reasignar estas funciones a otros funcionarios de su área, lo que prolongó los tiempos requeridos para el análisis de la información correspondiente.

Por otro lado, en relación con los recursos asignados para el desarrollo del PAA vigencia 2025, cabe mencionar que al inicio de la vigencia la Oficina de Control Interno experimentó una reducción de personal debido a demoras en los procesos de contratación. Esta situación generó algunos retrasos en trabajos de auditorías posteriores y aumentó la carga de informes para

cumplir con los trabajos estimados por norma en términos de tiempos. Asimismo, conforme a las últimas instrucciones respecto a la contratación en la Entidad, se estima que dos (2) auditorías programadas para el segundo semestre de la vigencia (AC16: Evaluación de cumplimiento del sistema de gestión de SST y AC17: Evaluación de Cumplimiento del MSPI) podrían verse afectadas al no contar con el personal que posee la experticia y aptitud necesarias para su desarrollo.

En este sentido, a la fecha de corte del presente informe, no se han generado cambios o modificaciones al PAA vigente. No obstante, es posible que se requiera algún ajuste en el siguiente semestre debido a las razones expuestas, el cual se pondrá en conocimiento para la aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Observaciones

- **Gestión de la Carga de Trabajo y Recursos Humanos:** Se ha identificado que, al inicio de la vigencia, la Oficina de Control Interno afronta un volumen considerable de informes de carácter legal que deben ser presentados. No obstante, en este periodo, se ha evidenciado un déficit de personal disponible para la elaboración de dichos informes, debido a retrasos en los procesos de contratación. Esta situación ha generado una carga de trabajo adicional y concentrada durante los primeros meses del año.

- **Dependencia en la Oportunidad de la Información:** A pesar de los esfuerzos significativos realizados por la Oficina de Control Interno para cumplir con los plazos establecidos en el Plan Anual de Auditoría (PAA), se han registrado retrasos en la ejecución de algunos trabajos. Esta situación se atribuye a la dependencia de la información suministrada por los procesos auditados para la realización de los ejercicios y pruebas correspondientes. La entrega inoportuna de dicha información ha conllevado a la extensión de los tiempos inicialmente previstos para el desarrollo de las actividades de auditoría.

Recomendaciones

- **Optimización de la Planificación de Auditorías:** Se recomienda incluir explícitamente en las planeaciones de auditoría los tiempos destinados a la revisión de informes preliminares e informes finales. Estos periodos, actualmente no contemplados en el cronograma inicial, pueden extenderse significativamente en función de la complejidad de los hallazgos y el nivel de detalle requerido, impactando el cumplimiento de los plazos establecidos.

- **Definición Formal de Tiempos de Respuesta a Informes Preliminares:** Se sugiere establecer y formalizar los plazos para la respuesta de los procesos a los informes

preliminares. Es crucial que la fecha de remisión del memorando de informe preliminar se considere la fecha oficial de inicio para el cómputo de los tiempos de respuesta definidos por el equipo auditor, asegurando la observancia de los cronogramas internos y externos.

V. Cumplimiento al Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna, las Normas y los Planes de Acción para abordar eventos significativos.

Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna

El Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna tiene como objetivo principal "Promover el cumplimiento de los más altos estándares de conducta en el desarrollo de las funciones u obligaciones a cargo de las auditoras(es) de esta Secretaría, propiciando una mayor confianza y valor agregado en las actividades de aseguramiento y asesoría desarrolladas por la Oficina de Control Interno en la Entidad". Este documento fue actualizado en el primer semestre de 2022, con fecha de implementación el 5 de abril, y presentado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno durante la sesión del 22 de abril de 2022.

Para facilitar la implementación de este Código, en la apertura de cada auditoría programada, se realiza una mención explícita al documento y se informa sobre los canales para su consulta. El propósito es asegurar que las reglas de conducta establecidas para el desarrollo de la función de auditoría sean de conocimiento común. Asimismo, en el marco de las auditorías efectuadas en la vigencia 2025, se aplicó el formato SEC-FO-12 "Declaración de Conflicto de Interés y Confidencialidad Auditores Internos" versión 1. Este mecanismo permite que cada auditor de la Oficina de Control Interno declare la existencia o inexistencia de conflictos de interés asociados con el proceso, dependencia o temática a abordar, lo que contribuye a identificar situaciones que puedan afectar negativamente el desarrollo de las auditorías y permite tomar decisiones pertinentes respecto a las responsabilidades del equipo auditor.

Carta de Representación

La carta de representación es el documento mediante el cual el líder del proceso o la dependencia auditada se compromete a entregar a la Oficina de Control Interno información veraz, de calidad y con la oportunidad requerida para el correcto desarrollo de la función de auditoría. En este contexto, durante las auditorías realizadas en la vigencia 2025, se aplicó el formato SEC-FO-01 "Carta de Representación" versión 3, el cual fue socializado y solicitada su suscripción a las unidades auditables en las reuniones de apertura.

Estatuto de Auditoría

El Estatuto de Auditoría tiene como objetivo "Establecer el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la función de auditoría interna a cargo de la Oficina de Control Interno de la

Secretaría Distrital de la Mujer, con el fin de que la misma, mediante el ejercicio metódico, disciplinado e independiente de actividades de evaluación, seguimiento, acompañamiento, asesoría, fomento de la cultura del control, y demás funciones asignadas por la ley, agregue valor y contribuya al logro de los objetivos de la Entidad". Este documento fue objeto de revisión en el primer semestre de 2022, con fecha de implementación el 5 de abril, y presentado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión del 22 de abril de 2022.

El Estatuto de Auditoría hace referencia a las responsabilidades de seis (6) grupos o instancias específicas, detalladas de la siguiente forma:

- **Comité Institucional de Control Interno:** De acuerdo con las funciones establecidas en el Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto Nacional 1083 de 2015, adicionado por el Artículo 4 del Decreto Nacional 648 de 2017, y la Resolución Interna 0311 de 2018.

- **Secretaría de Despacho:** Responsable del establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno (Artículo 6 de la Ley 87 de 1993). En este sentido, se refiere al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

- **Responsables de Proceso y/o Subsecretarías(os), Direcciones(es), Jefaturas(es) de Oficina y Asesorías(es):** Sus responsabilidades incluyen colaborar en los trabajos de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno para el cumplimiento del objetivo y alcance, la suscripción de la carta de representación, e implementar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultantes de la actividad de Auditoría Interna, entre otras.

- **Oficina de Control Interno:** En coherencia con las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y los roles asignados por el Decreto Nacional 648 de 2017.

- **Autoridad de la Oficina de Control Interno:** Específicamente en relación con las responsabilidades de los auditores.

- **Auditores Externos:** Se observa que en la vigencia se contrataron por medio de Contratos de Prestación de Servicios Profesionales.

Actualmente, y conforme con las políticas internas, se está actualizando la documentación del proceso, ajustándola a las buenas prácticas de auditoría interna y a la actualización del Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna.

VI. Cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo y la Respuesta al Riesgo de la Administración que Puede Ser Inaceptable para la Entidad

Durante el primer semestre de 2025, la Oficina de Control Interno identificó, en tres informes de auditoría, incumplimientos que representan riesgos inaceptables para la entidad. Estos hallazgos, junto con sus implicaciones y recomendaciones de mitigación, fueron comunicados a la Alta Dirección, a la Oficina de Control Disciplinario Interno (OCDI) y a los responsables de cada proceso. En la Tabla No. 4 se detallan dichos casos:

Tabla No. 4. *Incumplimientos notificados a la OCDI.*

Hallazgo	Auditoría	Descripción del hallazgo	Memorando
I-02-GA-2025	AC: Austeridad del Gasto Público IV-2024	Incertidumbre en comunicación y falta de publicación de los Informes de Austeridad en el Gasto I y II Semestre de 2024.	3-2025-000759
I-03-GA-2025	AC: Austeridad del Gasto Público IV-2024	Envío Inoportuno del Informe de Austeridad en el Gasto Vigencia 2023 y debilidades en autocontrol y autogestión.	3-2025-000759
I-02-GA y GTH-2025	ABR: Gestión Administrativa.	Incumplimiento (I-02-GA y GTH-2025): Ausencia de Acto Administrativo que avale la baja de bienes, retiro de registros contables y disposición final.	3-2025-001660
I-01-OAP-2025	AC: Evaluación y Seguimiento Metas Plan de Desarrollo Distrital.	Falta de publicación de los planes de acción vigencia 2025 - Formato DE-FO-5 en la sede electrónica de la SdMujer.	3-2025-000459
I-02-OAP-2025	AC: Evaluación y Seguimiento Metas Plan de Desarrollo Distrital.	Debilidades en el seguimiento a los Planes de Acción, según procedimiento DE-PR-22.	3-2025-000459

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con memorandos de comunicación de las Auditorías realizadas.

Estos incumplimientos se consideran inaceptables porque comprometen directamente la transparencia y la rendición de cuentas de la entidad. Adicionalmente, obstaculizan el seguimiento oportuno de las políticas de austeridad y desarrollo institucional, y debilitan la gestión de los recursos públicos. La ausencia de informes publicados, de actos administrativos que avalen procedimientos o de mecanismos de control actualizados incrementa significativamente el riesgo de irregularidades en la gestión, de la toma de decisiones basada en información incompleta y de la imposición de sanciones disciplinarias, lo cual afecta la integridad y credibilidad de la SDMujer.

Será fundamental que cada proceso involucrado en estos incumplimientos implemente un sistema de monitoreo riguroso que verifique el avance de las acciones correctivas, con el fin de evitar su recurrencia y asegurar una supervisión ágil y constante.

Evaluación de la Política de Administración de Riesgos de la SDMujer

Durante el primer semestre de 2025, la Política de Administración de Riesgos de la SDMujer no fue objeto de revisión. Conforme al Plan Anual de Auditorías, dicha evaluación se realizará en el mes de noviembre, en el marco del informe denominado “Evaluación de la gestión de riesgos

institucional". No obstante, es importante destacar que, como resultado de la auditoría basada en riesgos al proceso de Direccionamiento Estratégico, correspondiente a la vigencia 2024, se identificaron y atendieron dos oportunidades de mejora clave:

- **OM-11-D.E.-2024:** Actualizar la política a la versión 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (noviembre de 2022), ya que la entidad aún operaba con la versión 5.

- **OM-12-D.E.-2024:** Incluir una referencia explícita a la gestión de riesgos fiscales, con directrices claras para su identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento, tal como lo exige la Guía.

La Oficina Asesora de Planeación informó a la Oficina de Control Interno (OCI) que ambas recomendaciones fueron integradas en la Política de Administración de Riesgos versión 8, publicada en Kawak-Lucha el 29 de diciembre de 2024. No obstante, dicha incorporación será verificada en la evaluación de gestión de riesgos programada para noviembre, con el fin de asegurar que las mejoras sugeridas se implementaron correctamente. Asimismo, se elaborarán recomendaciones específicas para fortalecer la política y optimizar la detección, el tratamiento y la respuesta a los riesgos críticos, en caso de ser necesario.

En cuanto a la integración de la administración de riesgos de la SDMujer al Sistema de Control Interno de la Entidad, se evidenciaron los siguientes resultados:

Tabla No.5. *Integración de la gestión del riesgo en el Sistema de Control Interno de la SdMujer.*

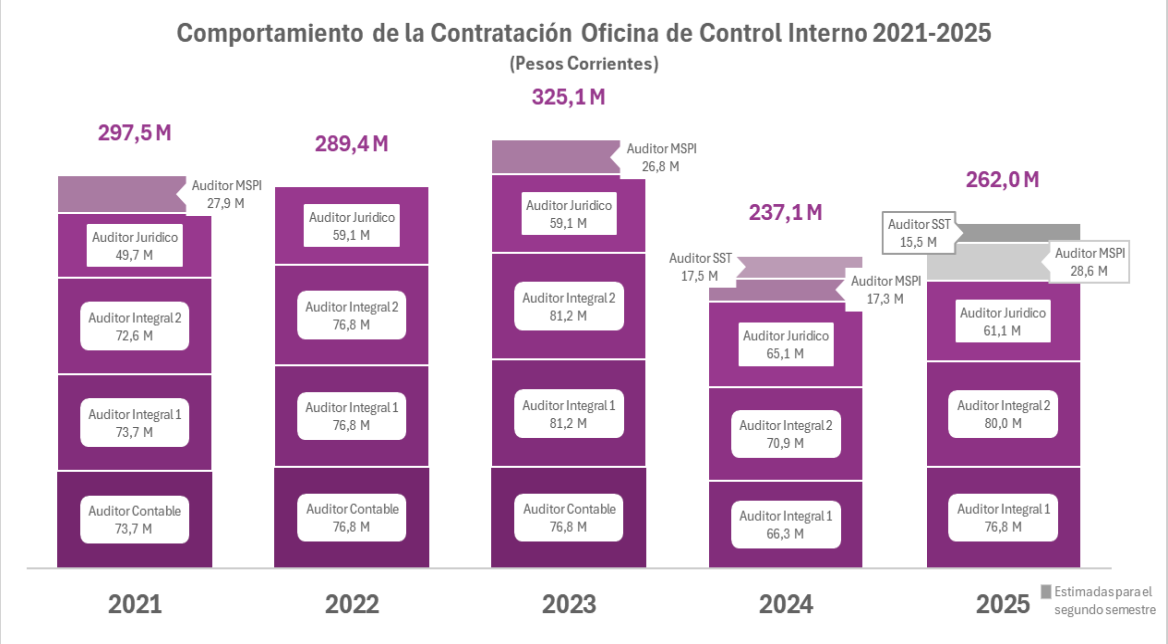
Componente	Observaciones
Política de Administración de Riesgos	Actualizada a la versión 8 el 29 de diciembre de 2024, será evaluada por la OCI en el mes de noviembre de 2025.
Mapa de Riesgos (Gestión y Corrupción).	Publicado y actualizado en Kawak-Lucha; permite realizar un monitoreo continuo y transparente.
Auditorías basadas en riesgos.	Se han ejecutado el 40% de las Auditorías para la vigencia 2025 (Comunicación Estratégica, Gestión Administrativa). Se espera ejecutar el 60% restante durante el segundo semestre de la vigencia actual.
Documentación de riesgos en procesos	Se debe garantizar el registro adecuado de los riesgos y controles de los procesos, con el fin de prevenir posibles irregularidades.
Trazabilidad y formalización de controles	Se identificaron controles sin evidencias (6 casos) y no formalizados (1 caso); requieren monitoreo y supervisión.
Seguimiento cuatrimestral de riesgos	Se evidenciaron debilidades en el seguimiento cuatrimestral de los riesgos, lo cual limita la validación oportuna de actualización de controles.

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información de las Auditorías realizadas por la OCI.

En conclusión, si bien los pilares fundamentales de la gestión del riesgo (política, mapa y auditorías) ya están instaurados y se encuentran en proceso de implementación en la SDMujer, es indispensable completar las evaluaciones pendientes y subsanar las debilidades detectadas para lograr una integración efectiva y robusta de la gestión del riesgo en el Sistema de Control Interno.

VII. Necesidad de Recursos para Ejercer la Actividad de Auditoría Interna-Jefe

Entre 2021 y 2025, la Oficina de Control Interno (OCI) ha experimentado fluctuaciones presupuestales significativas, reflejo tanto de ajustes fiscales como de cambios estratégicos en su enfoque operativo. La tendencia más notable se observó en 2024, cuando el presupuesto se redujo un 27% respecto a 2023 (de $325,1 millones a $237,1 millones de pesos), año que había registrado un máximo histórico. Esta reducción se vinculó al cambio de gobierno, la armonización presupuestal y las medidas de austeridad. Para 2025, el gasto registrado fue 12% menor que en 2021, lo que evidencia un esfuerzo sostenido hacia la optimización y racionalización de recursos en la OCI.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros de contrataciones 2021-2025 en la SdMujer.

En este contexto de presupuesto ajustado, se priorizó mantener un equipo de tres auditores: dos con un perfil integral para fortalecer la capacidad operativa, y uno especializado en análisis normativos, legales y jurídicos. Es importante destacar que los honorarios de este personal se ajustan a los lineamientos vigentes de la Secretaría Distrital de la Mujer y de la Administración Distrital.

Esta estrategia busca alinear al equipo con los temas del Plan Anual de Auditorías Internas y asegurar el cumplimiento de deberes normativos clave para la SDMujer. Entre estos deberes se incluyen, por ejemplo, la Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme al Artículo 2.2.4.6.29 del Decreto 1072 de 2015, y los estándares de Seguridad de la Información, según el Artículo 15 de la Resolución 500 de 2021, además de otros marcos regulatorios aplicables.

Para garantizar la continuidad operativa, asegurar el cumplimiento normativo y cerrar las brechas identificadas, se propone un incremento presupuestal progresivo para la Oficina de Control Interno (OCI). Esta propuesta considera los siguientes elementos:

- **Ajuste por Inflación (IPC Colombia):** Estimado en 3,5% anual para mantener el valor real del presupuesto.

- **Requerimientos Legales:** Implementación de auditorías forenses cada dos años, según el Artículo 2.1.4.3.2.8 del Decreto 1081 de 2015.

- **Refuerzo de Capacidades Técnicas:** Contratación de auditores especializados en áreas críticas (SG-SST, Seguridad de la Información, Auditoría Forense).

Proyección del Gasto

Año	Presupuesto Base (Millones)	Ajuste IPC* (3,5% anual estimado)	Requerimientos Legales y Técnicos (Millones)	Total, Proyectado (Millones)
2026	262,0	+9,2 M	+25,0 (Auditoría Forense)	**296,2**
2027	296,2	+10,4 M	+15,0 (Capacitación y herramientas)	**321,6**
2028	321,6	+11,3 M	N.A.	**332,9**

***Nota:** El IPC se aplica de forma acumulativa para mantener el valor real del presupuesto.

Un presupuesto ajustado y la mejora de las capacidades de la OCI permitirán:

- **Cierre de Brechas FURAG:** Implementar el 100% de los planes de gestión, auditando los procesos críticos anualmente.

- **Índice de Gestión Pública Distrital (meta de 92 puntos):** La estabilidad presupuestal y el cumplimiento normativo aportarán +8 puntos al índice, mejorando la transparencia y eficiencia institucional.

La proyección presupuestal para el periodo 2026-2028 no solo responde a obligaciones legales y técnicas, sino que constituye un pilar esencial para evitar retrocesos en los avances logrados. Garantizar los recursos para contratar auditores no es solo una necesidad técnica y legal, sino un imperativo en la gestión institucional. Su ausencia no solo pone en riesgo el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo, sino que también socava la transparencia, la resiliencia institucional y la confianza ciudadana.

La OCI enfocará sus esfuerzos en acciones que garanticen el mayor impacto y valor para la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer), priorizando las siguientes estrategias:

- **Enfoque en Servicios Críticos y Riesgos Altos:** Redefinición del Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI) para priorizar los procesos misionales críticos de la SDMujer que presenten un alto riesgo inherente y residual.

- **Auditorías Integrales con Enfoque en Valor Tangible:** Cada auditoría abordará múltiples dimensiones (cumplimiento, riesgos, eficiencia) para maximizar su utilidad. Asimismo, se aprovechará al máximo el recurso humano y técnico disponible, evitando duplicidades y centrándose en resultados que impulsen la mejora continua.

- **Priorización de Auditorías:** Se garantizará el 100% de las auditorías obligatorias por ley. Una vez cubiertas estas obligaciones legales, se priorizarán las auditorías que contribuyan directamente a:
    - El cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo (ej., cierre de brechas FURAG).
    - La mejora del Índice de Gestión Pública Distrital, mediante la identificación de oportunidades en eficiencia y transparencia.

Este plan no solo compensa las restricciones presupuestales, sino que transforma la adversidad en una oportunidad de mejora. Al centrarse en lo esencial, eliminar redundancias y priorizar el valor agregado, la OCI asegurará que la SDMujer cumpla sus metas sin sacrificar la eficacia. La clave reside en optimizar los recursos existentes sin menoscabo de la capacidad operativa y la calidad del servicio.

VIII. Conclusiones

- Tras la Auditoría Interna a la Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno del Segundo Semestre de 2024, la Oficina de Control Interno determinó

que el grado de cumplimiento de la estructura de control del Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer alcanzó un 90% en la totalidad de sus componentes. Este resultado evidencia una mejora en la articulación entre las líneas de defensa y la efectividad de los controles establecidos. Adicionalmente, la formulación de hallazgos de auditoría en el marco de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) proporciona una visión integral del estado del SCI en la Entidad.

- De acuerdo con el Plan Anual de Auditoría (PAA) para la vigencia 2025, se programó la realización de cinco Auditorías Basadas en Riesgos (ABR) para los procesos de Gestión Administrativa, Comunicación Estratégica, Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia, Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres y Arquitectura Empresarial. A junio de 2025, se ha completado el 40% de estas auditorías (dos de cinco). Si bien las tres ABR restantes están programadas entre agosto y octubre de 2025, la ejecución de la auditoría de Arquitectura Empresarial está supeditada a la aprobación presupuestal para la contratación de un especialista, lo cual podría generar demoras o limitaciones en su realización.

- Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno ha ejecutado seis (6) asesorías y acompañamientos, evidenciando un compromiso con su rol preventivo. Estas actividades se han enfocado en la mejora de la estructura de control de la entidad, particularmente en la gestión del riesgo y la implementación de planes de mejoramiento, con el fin de generar recomendaciones proactivas.

- Aunque la gestión del riesgo en la Entidad se fundamenta en una Política de Administración de Riesgos actualizada a su versión 8 en diciembre de 2024, su evaluación formal de efectividad aún está pendiente. La confirmación de la operatividad y eficacia de esta política se realizará durante la "Evaluación de la gestión de riesgos institucional", programada para noviembre de 2025.

- A la fecha, durante la vigencia 2025, se han ejecutado diecinueve (19) trabajos de auditoría, distribuidos en catorce (14) auditorías de cumplimiento, dos (2) auditorías de seguimiento y dos (2) auditorías basadas en riesgos. Esta ejecución representa un 44% del Plan Anual de Auditoría programado para la presente vigencia.

De acuerdo con lo anterior, será importante:

- ✓ El diseño e implementación de un "Plan de Fomento de la Cultura del Autocontrol". Este plan deberá integrar iniciativas de sensibilización y capacitación que inculquen en todos los servidores públicos los principios del autocontrol y la autoevaluación, fundamentales para la prevención de riesgos, el cumplimiento de objetivos y la mejora continua de la gestión institucional.

- ✓ Revisar y fortalecer las "Actividades de Control" y las "Actividades de Monitoreo" dentro de sus procesos clave. Esto implica diseñar o ajustar controles internos específicos para mitigar los riesgos identificados en auditorías recientes, asegurando su registro adecuado, la existencia de evidencias de ejecución y un seguimiento periódico formalizado para verificar la efectividad de los controles y la mitigación de los riesgos.

- ✓ Establecer y formalizar un protocolo de gestión de la información que defina claramente los acuerdos de nivel de servicio (SLA) para la entrega oportuna de la información requerida en las auditorías. Este protocolo debe incluir mecanismos de escalamiento y seguimiento para garantizar la disponibilidad de datos precisos y completos, lo cual es crítico para la ejecución eficiente de los trabajos de auditoría y la emisión de informes oportunos.

- ✓ Continuar con la asignación de los recursos presupuestales y de personal especializados necesarios para que la Oficina de Control Interno pueda cumplir con su Plan Anual de Auditoría (PAA), especialmente en lo referente a las auditorías basadas en riesgos y las obligatorias por ley que requieren experticia técnica (ej. Arquitectura Empresarial, SG-SST, Seguridad de la Información, Auditoría Forense). La insuficiencia de recursos compromete la capacidad de la función de auditoría interna para agregar valor y salvaguardar los intereses de la entidad.

- ✓ Priorizar la "Evaluación de la Gestión de Riesgos Institucional" programada para noviembre de 2025. Esta evaluación debe ir más allá de la revisión documental, verificando la efectividad de la implementación de la política, la identificación y valoración de riesgos (incluyendo los fiscales), y la coherencia del mapa de riesgos con la realidad operativa de la entidad. Los hallazgos deben generar recomendaciones específicas para optimizar el tratamiento y la respuesta a los riesgos críticos.

Las anteriores recomendaciones buscan fortalecer de manera integral tanto el Sistema de Control Interno como la efectividad de la función de Auditoría Interna, contribuyendo a la transparencia, la eficiencia y el cumplimiento de la misión institucional.

Julio de 2025
Oficina de Control Interno