

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Auditoría Interna de seguimiento Planes de Mejoramiento externos e internos (Informe Final)

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL	3
1.1. Criterios de Auditoría	4
1.2. Metodología	4
2. LIMITACIONES	6
3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA	6
3.1. GENERALIDADES ACCIONES DE MEJORA SDMUJER	8
3.2. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS (CONTRALORÍA DE BOGOTÁ)	9
3.2.1. Cumplimiento (C): Acciones de mejora externas ejecutadas conforme a los tiempos e indicadores propuestos	12
3.2.2. Oportunidad de mejora (OM-01-DAF-2025): Formalización de los controles y documentos propuestos por el proceso bajo el Sistema Integrado de Gestión	12
3.2.2.1. Respuesta del Auditado	13
3.2.3. Oportunidad de mejora (OM-02-Varios-2025): Acciones de mejora cumplidas por fuera de las fechas propuestas para su ejecución	13
3.2.3.1. Respuesta del Auditado	14
3.2.4. Oportunidad de mejora (OM-03-DAF-2025): Fortalecer el monitoreo en el cargue de evidencias en el aplicativo “Lucha”	14
3.2.4.1. Respuesta del Auditado	15
3.2.5. Oportunidad de mejora (OM-04-DEVAJ-2025): Completitud en el registro de hallazgos para la creación de planes de mejoramiento en “Lucha”	15
3.2.5.1. Respuesta del Auditado	17
3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS DE LA SDMUJER	17
3.3.1. Oportunidad de mejora (OM-05-OAP-2025): Incluir términos para evaluación de eficacia en el procedimiento “Mejora Continua”	18
3.3.1.1. Respuesta del Auditado	19
3.3.2. Oportunidad de mejora (OM-06-Varios-2025): Acciones de mejora internas sin iniciar y próximas a vencer	19
3.3.2.1. Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación	20
3.3.2.2. Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema Distrital de Cuidado	20
3.3.3. Incumplimiento (I-01-Varios-2025): Procedimiento “Mejora Continua” PG-PR-07, V2, acciones previamente declaradas incumplidas	21
3.3.3.1. Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación	22
3.3.4. Oportunidad de mejora (OM-07-Varios-2025): Acciones de mejora internas que superaron sus fechas de ejecución y no se han culminado	23

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

3.3.4.1.	Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación	24
3.4.	EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD ACCIONES INTERNAS	25
3.4.1.	CIERRE DE EFECTIVIDAD POR VENCIMIENTO DE TÉRMINOS	26
4.	CONCLUSIONES	27
5.	RECOMENDACIONES	28
6.	ANEXOS	30
8.	FIRMAS	30

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

VIGENCIA	2024- 2025
TITULO DE LA AUDITORIA	Auditoría Interna de seguimiento planes de mejoramiento internos y externos.
TIPO DE AUDITORIA	Auditoría de seguimiento
UNIDAD (ES) AUDITADABLE(S)	Proceso de Gestión Contractual Proceso de Gestión Administrativa Proceso de Gestión Financiera Proceso de Gestión Documental Proceso de Gestión del Sistema Distrital del Cuidado Proceso de Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias Proceso de Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres Proceso de Gestión Disciplinaria Proceso de Gestión Jurídica Proceso de Comunicación Estratégica Proceso de Gestión del Conocimiento Proceso de Gestión de Talento Humano Proceso de Direccionamiento Estratégico Proceso de Planeación y Gestión Proceso de Gestión de Políticas Públicas Proceso de Gestión Tecnológica Proceso de Atención a la Ciudadanía Proceso de Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres Proceso de Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres
RESPONSABLE (S)	Dirección de Contratación Dirección Administrativa y Financiera Dirección del Sistema Distrital del Cuidado Dirección de Eliminación de Violencias contra la Mujer y el Acceso a la Justicia Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades Oficina de Control Interno Disciplinario Oficina Asesora Jurídica

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

	Oficina Asesora de Comunicaciones Dirección de Gestión del Conocimiento Dirección de Talento Humano Dirección de Derechos y Diseño de Políticas Subsecretaría de Gestión Corporativa Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad Asesora de Despacho Oficina Asesora de Planeación Dirección de Territorialización de Derechos y Participación
OBJETIVO	Evaluar y verificar el avance de las acciones de mejora suscritas con la Contraloría de Bogotá que se encuentran en estado abierto, así como presentar un panorama de las acciones internas abiertas con ocasión a auditorías efectuadas por la Oficina de Control Interno y evaluar la efectividad de las cerradas conforme a los tiempos dispuestos en los lineamientos internos.
ALCANCE	Corte 11 de julio del 2025 para las acciones suscritas con la Contraloría de Bogotá y las acciones internas.
PERIODO DE EJECUCIÓN	30 de junio al 18 de julio del 2025.
EQUIPO AUDITOR	Anyi Paola Castillo Avendaño- APCA- Auditora Líder. Maryam Paola Herrera Morales- MPHM- Auditora Interna. Karol Mishelld Tausa García- KMTG- Auditora Interna.

1.1. Criterios de Auditoría

- Resolución Reglamentaria 036 del 28 de diciembre del 2023 de la Contraloría de Bogotá D.C. “Por la cual se modifica y reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal de Contraloría de Bogotá D.C. y se adopta el procedimiento interno”
- Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02)
- Aplicativo LUCHA “Para una gestión con visión”

1.2. Metodología

El trabajo de auditoría 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

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Institucional de Coordinación de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer, así como los lineamientos internos establecidos para el proceso Seguimiento, Evaluación y Control.

Planeación del seguimiento a planes de mejoramiento

- Identificar en matriz de consolidación los resultados de seguimiento a planes de mejoramiento internos en los trabajos de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno en el 2024.
- Establecer planes de mejoramiento internos abiertos para la generación de alertas para la primera y segunda línea de defensa.
- Definir planes de mejoramiento internos cerrados para adelantar evaluación de efectividad y programar los trabajos de auditoría de la vigencia 2025 que contemplaran su verificación.
- Determinar las acciones de mejora de la Contraloría de Bogotá se encuentran en estado abierto para su respectivo seguimiento en el presente informe.

Desarrollo del seguimiento a planes de mejoramiento

- El aplicativo vigente del Sistema Integrado de Gestión para la formulación, cargue de evidencias, seguimiento y evaluación de planes de mejoramiento es “Lucha” por lo cual a través de éste se efectuó la revisión de evidencias para la revisión y seguimiento que adelantó la oficina de control interno a los planes de mejoramiento de la Secretaría Distrital de la Mujer.
- Validación del estado de las acciones de mejora internas conforme a reporte generado por el aplicativo “Lucha” para la generación de alertas a la primera y segunda línea de defensa.
- Se efectuó el seguimiento a las acciones de mejora en estado abierto conforme a reporte arrojado por el Sistema de Vigilancia y Control Fiscal- SIVICOF de la Contraloría de Bogotá a través del aplicativo “Lucha”
- Recolección de evidencias y organización de soportes de cumplimiento por hallazgo.
- Registro de seguimiento en la matriz de planes de mejoramiento diseñada por la Oficina de Control Interno.
- Revisión de acciones de mejora cerradas y sujetas a evaluación de efectividad por parte de la Oficina de Control Interno.
- Programación de evaluaciones de efectividad en trabajos de auditoría establecidos para la vigencia 2025 conforme al Plan Anual de Auditoría.
- Reporte en el aplicativo “Lucha” de los seguimientos efectuados en el respectivo informe.

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

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

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, Versión02; 2) 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.

- **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. V02.

2. LIMITACIONES

En la presente auditoría de seguimiento no se presentaron limitaciones.

3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA

Resultados del análisis y verificación al estado y avance de los siguientes procesos: Gestión Contractual, Gestión Administrativa, Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión del Sistema Distrital del Cuidado, Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias, Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres, Gestión Disciplinaria, Gestión Jurídica, Comunicación Estratégica, Gestión del Conocimiento, Gestión de Talento Humano, Direccionamiento Estratégico, Planeación y Gestión, Gestión de Políticas Públicas, Gestión Tecnológica, Atención a la Ciudadanía, Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres y Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres, se presentan los siguientes hallazgos de auditoría:

Tabla 1. Resultados de Auditoría

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
Cumplimientos	1	3.2.1. Cumplimiento (C): Acciones de mejora externas ejecutadas conforme a los tiempos e indicadores propuestos	Dirección Administrativa y Financiera Dirección de Contratación Dirección de Eliminación de Violencias contra la Mujer y Acceso a la Justicia	C3. Actividades de Control.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
Incumplimientos	1	I-01-Varios-2025: Procedimiento "Mejora Continua" PG-PR-07, V2, acciones previamente declaradas incumplidas	Gestión Tecnológica Gestión del Talento Humano Gestión Contractual Oficina Asesora de Planeación	C5. Actividades de monitoreo.
Oportunidades de Mejora	7	OM-01-DAF-2025: Formalización de los controles y documentos propuestos por el proceso bajo el Sistema Integrado de Gestión.	Dirección Administrativa y Financiera	C1. Ambiente de Control
		OM-02-Varios-2025: Acciones de mejora cumplidas por fuera de las fechas propuestas para su ejecución.	Dirección Administrativa y Financiera Oficina Asesora de Planeación	C5. Actividades de monitoreo.
		OM-03-DAF-2025: Fortalecer el monitoreo en el cargue de evidencias en el aplicativo "Lucha"	Dirección Administrativa y Financiera	C3. Actividades de control.
		OM-04-DEVAJ-2025: Complejidad en el registro de hallazgos para la creación de planes de mejoramiento en "Lucha".	Dirección de Eliminación de Violencias contra la Mujer y Acceso a la Justicia	C3. Actividades de control.
		OM-05-OAP-2025: Incluir términos para evaluación de eficacia en el procedimiento "Mejora Continua"	Oficina Asesora de Planeación	C1. Ambiente de Control
		OM-06-Varios-2025: Acciones de mejora internas sin iniciar y próximas a vencer	Gestión del Talento Humano Gestión Jurídica Gestión Tecnológica	C3. Actividades de control.
		OM-07-Varios-2025: Acciones de mejora internas que superaron sus fechas de ejecución y no se han culminado.	Gestión Tecnológica Gestión del Talento Humano Gestión Contractual	C3. Actividades de control.
TOTAL:	9			

A continuación, se detallan los resultados anteriormente descritos.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.1. GENERALIDADES ACCIONES DE MEJORA SDMUJER.

La Secretaría Distrital de la Mujer a corte del 11 de julio del 2025, posee un total de **53 acciones de mejora suscritas con Entes de Control Externos**, especialmente con la Contraloría de Bogotá, dado que conforme a indagaciones realizadas a la Oficina Asesora de Planeación, como encargada de asesorar los procesos de formulación de planes de mejoramiento de la Entidad y de acuerdo con el reporte generado por el aplicativo “Lucha”, NO se evidencian acciones suscritas con ningún otro ente de control.

Asimismo, cabe mencionar que, con respecto a las acciones internas, se identificó a corte del 07 de julio del 2025 un total de **181 acciones de mejora en estado abierto**, de las cuales es importante precisar que el 59% (107 acciones) ya se encuentran en el 100% de avance, sin embargo, el sistema las reporta como abiertas dado que están sujetas a verificación por parte de la segunda línea¹ en términos de eficacia para determinar su cierre.

Por lo anterior, la Entidad actualmente cuenta con un total de **234 acciones de mejora abiertas** tanto internas como externas conforme al reporte del aplicativo “Lucha” como el medio oficial para efectuar los procesos de formulación, cargue de evidencias, seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento.

Gráfica No.1. Acciones de mejora abiertas en la Secretaría Distrital de la Mujer.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo con reporte del aplicativo “Lucha”

¹ De acuerdo con el procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 3.2.3, literal i) se determina que “La Oficina Asesora de Planeación realiza un seguimiento a los avances y/o cumplimiento de las acciones en la herramienta del sistema integrado de gestión, revisando los soportes y evidencias registrados por los líderes de procesos, siendo la encargada de la evaluación de eficacia de las acciones de mejora internas (entiéndase en el aplicativo del sistema integrado de gestión como evaluación de eficiencia y adecuación), y, por tanto, el cierre de eficacia en el aplicativo. Es de aclarar que, un plan de mejora sólo puede cerrarse cuando todas sus acciones han sido ejecutadas y evaluadas frente a eficiencia y adecuación”

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En relación con lo anterior, se procedió a efectuar por parte de la Oficina de Control Interno, el seguimiento a **92 acciones de mejora (53 externas y 39 internas)**, haciendo claridad que a nivel externo se efectuó el seguimiento en términos de eficacia y las internas en términos de efectividad conforme a las responsabilidades descritas en el procedimiento “Mejora Continua”. En los siguientes capítulos se podrá conocer a detalle los resultados del seguimiento efectuado por esta oficina.

3.2. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS (CONTRALORÍA DE BOGOTÁ)

De acuerdo con el reporte obtenido mediante el Sistema de Vigilancia y Control Fiscal- SIVICOF a corte del 11 de julio del 2025, se identificó un total de **53 acciones de mejora abiertas** como resultado de auditorías realizadas por el ente de control entre las vigencias 2024 y lo transcurrido del 2025, lo cual significa un avance importante con relación a las acciones de mejora que se tenían abiertas a corte del 31 de diciembre del 2024, dado que se redujeron en un 57%.

Es importante destacar que, dicha reducción se da con ocasión a las revisiones adelantadas a planes de mejoramiento en las auditorías efectuadas por el Ente de Control durante el 2025, lo que conllevó al cierre de 75 acciones de mejora, de las cuales el 97% (73 acciones) se determinó como cumplida efectiva, el 1,3% (1 acción) como cumplida inefectiva, por lo cual se genera un nuevo hallazgo (3.2.4.6) en la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados, Código 32 y el 1,3% (1 acción) se declara como “Incumplida”, razón por la cual, el proceso involucrado deberá culminar las acciones dentro de los siguientes treinta (30) días hábiles improrrogables, contados a partir de la fecha de comunicación del informe final de auditoría conforme a lo dispuesto en el capítulo V de la Resolución No.036 del 2020.

Tabla No.1. Cierre de acciones de mejora de la SdMujer durante el 2025.

Auditoría PAD 2025	Estado de las acciones	No. Acciones
Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados, Código 32. abril 2025	Cumplida Efectiva	71
	Cumplida Inefectiva	1
	Incumplida	1
Auditoría de Cumplimiento, Código 35. junio 2025	Cumplida Efectiva	2
TOTAL		75

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con los informes de auditoría de la CB, 2025.

Por lo anterior, será importante fortalecer el monitoreo que se lleva a cabo por parte de la primera línea de defensa respecto a las acciones de mejora suscritas con el Ente de Control para dar cumplimiento a lo propuesto y garantizar la efectividad de las mismas con el fin de evitar la permanencia y persistencia de la situación problemática identificada.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	
		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En razón a lo anterior, es necesario tener especial cuidado con aquellas acciones que han sido declaradas como “cumplidas inefectivas”, las cuales actualmente cuentan con un nuevo hallazgo que está siendo tratado mediante plan de mejoramiento que a la fecha se encuentra abierto, dado que, si se llega a incurrir nuevamente en la situación problemática identificada por el Ente de Control, podría conllevar a declararlas incumplidas, así como la apertura de sanciones para la Entidad.

Tabla No.2. Acciones de mejora cumplidas inefectivas y nuevos hallazgos generados.

Proceso responsable	Auditoría del hallazgo evaluado	Hallazgo evaluado	No. Acción	Calificación	Nuevo hallazgo
Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia	Auditoría Código 31 Vigencia 2023	3.2.13. Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por incumplimiento parcial del anexo técnico en la infraestructura y funcionalidad de la (casa de refugio integral Amaru) contrato 748, (casa de refugio integral rosa Elvira Cely) contrato 751, (casa refugio integral Policarpa) contrato 621 y (casa refugio integral esmeralda) contrato 623, de la vigencia 2021.	1	Eficacia: 100 Efectividad: 30	Actuación Especial de Fiscalización Código No.35- 2024 7.3.1.1 Observación administrativa por la inefectividad de las acciones formuladas para el hallazgo 3.2.13 de la Auditoría de Regularidad Código 31 de la Vigencia 2021- 2022 - PAD 2023, dentro del proceso gestión contractual
Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia	Auditoría Código 31 Vigencia 2023	3.2.14. Hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria, por falta de supervisión en el cumplimiento de las obligaciones específicas a) y h) del contrato 362 de 2022 y del contrato 417 de 2023 numerales 1) y 2	1	Eficacia: 100 Efectividad: 30	Actuación Especial de Fiscalización Código No.35- 2024 7.3.1.2 Observación administrativa por la inefectividad de las acciones formuladas para el hallazgo 3.2.14 de la Auditoría de Regularidad Código 31 de la vigencia 2021- 2022 - PAD 2023, dentro del proceso gestión contractual

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

Proceso responsable	Auditoría del hallazgo evaluado	Hallazgo evaluado	No. Acción	Calificación	Nuevo hallazgo
Gestión Tecnológica	Auditoría Código 36 Vigencia 2024	3.4.2.11. Hallazgo administrativo con incidencia fiscal y presunta incidencia disciplinaria por la adquisición del sistema de información SIMISIONAL 2.0 que no cumplió con el proceso de estabilización, trayendo con ello consecuencias en la implementación del sistema, ocasionando detrimento en cuantía de \$1.570.800.000.	3	Eficacia: 100 Efectividad: 50	Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados Código No. 32- 2025 3.2.4.6 Hallazgo administrativo por la ineffectividad de la acción formulada en el hallazgo 3.4.2.11 Auditoría Financiera y de Gestión Código 36 de la Vigencia 2023 – PAD 2024, Proceso Gasto Público

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con los informes de auditoría de la CB, 2024- 2025.

Respecto a las (53) acciones de mejora abiertas, se adelantó el respectivo seguimiento en términos de eficacia, obteniendo los siguientes resultados (Ver anexo 1):

- El 36%, equivalente a 19 acciones de mejora cumplieron conforme a los indicadores y tiempos propuestos.
- El 11% (6 acciones) se concluye su cumplimiento, sin embargo, se dejó observación dado que se identificaron aspectos susceptibles a mejorar para permitir mitigar la causa raíz de los hallazgos generados.
- El 53% correspondiente a 28 acciones de mejora, están en ejecución dentro de los tiempos programados, dado que fueron formuladas en la presente vigencia con ocasión a las auditorías del PAD 2025.

Tabla No.3. Estado de las acciones de mejora de acuerdo evaluación OCI.

Nombre de la auditoría	No. Hallazgos	No. Acciones	Cumplida	Cumplida con observación	En ejecución
CB Auditoría de Cumplimiento PAD 2024 Código 34	8	9	5	4	-
CB Auditoría de Cumplimiento PAD 2024 Código 35	11	12	11	1	-
CB Auditoría Financiera y de Gestión Código 36 PAD 2024	4	4	3	1	-
CB Auditoría Financiera, De Gestión y Resultados PAD 2025 Código 32	17	23	-	-	23

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Nombre de la auditoría	No. Hallazgos	No. Acciones	Cumplida	Cumplida con observación	En ejecución
CB Auditoria de Cumplimiento PAD 2025 Código 35	5	5	-	-	5
TOTAL	45	53	19	6	28

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con evaluación OCI corte 11 de julio del 2025.

En ese sentido, se observó que se tuvo un buen nivel de cumplimiento en términos generales de acuerdo con las fechas de finalización de las acciones de mejora, por lo cual se determina:

3.2.1. Cumplimiento (C): Acciones de mejora externas ejecutadas conforme a los tiempos e indicadores propuestos.

De acuerdo con la revisión adelantada por la Oficina de Control Interno, se identificó un total de (19) acciones de mejora correspondientes a las áreas de Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Contratación, Dirección de Eliminación de Violencias contra la Mujer y Acceso a la Justicia que lograron el cumplimiento de la actividad formulada dentro de los tiempos de ejecución y acorde a los indicadores propuestos.

Por otro lado, cabe mencionar que el estado de las **“ACCIONES CUMPLIDAS CON OBSERVACIÓN”** se debió a aspectos que se identificaron en función de la mejora continua para evitar su permanencia en el tiempo, así como mitigar la materialización de riesgos como el cierre ineficaz o inefectivo por parte del Ente de Control:

3.2.2. Oportunidad de mejora (OM-01-DAF-2025): Formalización de los controles y documentos propuestos por el proceso bajo el Sistema Integrado de Gestión.

Condición: Durante la revisión efectuada por la Oficina de Control Interno a las evidencias registradas en el aplicativo "Lucha", se constató que, en los planes de mejoramiento identificados con los códigos ID1458, ID1460 e ID1461, correspondientes a la Dirección de Gestión Administrativa y Financiera, se utiliza un instrumento denominado "LISTA DE CHEQUEO Y COMPARATIVO PARA LA ESCOGENCIA DE CIOM POR DEPENDENCIA". Este instrumento ha sido aplicado específicamente en el proceso de arrendamiento para la sede CIOM Chapinero; no obstante, su incorporación formal dentro del proceso y su registro oficial en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad no ha sido completada. Será importante analizar la formalización de dicho control dentro del proceso y bajo el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad para darle continuidad del elemento de control.

Criterio: Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, Versión 5, marzo de 2023. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación. Eje 4. Cultura del compartir y difundir.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Causa: La falta de documentación y formalización de los puntos de control y los instrumentos desarrollados por el proceso dentro del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, lo que impide su institucionalización y aplicabilidad estandarizada. Se requiere un análisis de causa raíz para identificar los factores subyacentes que han impedido esta formalización.

Efecto: La omisión en la formalización de este control clave conlleva el riesgo de su inaplicabilidad generalizada por parte de las Direcciones de la Secretaría Distrital de la Mujer en futuras contrataciones de bienes inmuebles destinadas al desarrollo del modelo de operación de las Casas de Igualdad de Oportunidades para Mujeres (CIOM). Esta situación podría afectar la consistencia, eficiencia y estandarización de los procesos de contratación, comprometiendo la gestión del conocimiento y la difusión de buenas prácticas dentro de la entidad

3.2.2.1. **Respuesta del Auditado**

Para el presente hallazgo no se obtuvo respuesta y/o réplica alguna por parte del proceso involucrado, razón por la cual se mantiene en firme la oportunidad de mejora (OM-01-DAF-2025).

3.2.3. **Oportunidad de mejora (OM-02-Varios-2025): Acciones de mejora cumplidas por fuera de las fechas propuestas para su ejecución.**

Condición: La revisión de las evidencias registradas en el aplicativo "Lucha" por parte de la Oficina de Control Interno reveló la ejecución de acciones de mejora fuera de las fechas inicialmente programadas. Se identificaron los siguientes casos:

- **Plan de Mejoramiento ID1401:** El "Procedimiento Afectación Póliza de Seguros" (codificado como GA-PR-17, V06 en el Sistema Integrado de Gestión) fue aprobado el 30 de mayo de 2025, no obstante, la fecha límite para la acción de mejora asociada era el 10 de mayo de 2025.
- **Plan de Mejoramiento ID1502 (Acción 2):** Se aportó un documento denominado "Plan de Contingencia", con fecha de diciembre de 2024, que establece lineamientos generales sobre medidas de contingencia y gestión del cambio para la actualización de sistemas de información, como SIMISIONAL. Adicionalmente, se adjuntó un documento Word con información sobre los lineamientos actualizados en dicho plan y un enlace al "Plan de Continuidad de Tecnologías de la Información 2025", que contiene disposiciones relativas al sistema SIMISIONAL. Sin embargo, se observa que la fecha del "Plan de Contingencia" es anterior a la fecha de inicio de la acción de mejora a la cual soporta.

Por lo anterior, si bien se dio cumplimiento a las acciones de mejora propuestas en términos de eficacia, será importante para próximas ocasiones que el proceso tenga en cuenta las fechas tanto

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

de inicio como de finalización de las acciones a su cargo para evitar su cumplimiento por fuera de los términos o generar posible materialización de incumplimientos.

Criterio: Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02) que establece en la Política de Operación No.11 *“La lideresa o líder de proceso, el personal enlace MIPG y equipo de trabajo, conforme a programación, realizara la ejecución de las actividades formulada, asegurando la obtención de los productos esperados, cumpliendo los plazos establecidos, así dar cumplimiento al plan de mejoramiento. Se recomienda que cada dependencia realice seguimientos periódicos a sus acciones y cargar los registros en el aplicativo definido por la Entidad, analizando si la acción se está ejecutando a tiempo y conforme a lo programado, o si se requiere solicitar un ajuste a la acción...”*

Causa: Deficiencias en el monitoreo y seguimiento por parte de los procesos responsables, lo que impide asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora formuladas y la consistencia entre las fechas de ejecución y la de los soportes. Se requiere un análisis de causa raíz exhaustivo para determinar los factores subyacentes que generan estas desviaciones en el cumplimiento de los plazos.

Efecto: La inobservancia de los plazos en la ejecución de las acciones de mejora aumenta el riesgo de incumplimientos formales con los entes de control, lo que podría derivar en llamados de atención, requerimientos, o incluso en la apertura de investigaciones o la imposición de sanciones a la Entidad, afectando su imagen y cumplimiento normativo.

3.2.3.1. **Respuesta del Auditado**

Para el presente hallazgo no se obtuvo respuesta y/o réplica alguna por parte de los procesos involucrados, razón por la cual se mantiene en firme la oportunidad de mejora (OM-02-Varios-2025).

3.2.4. **Oportunidad de mejora (OM-03-DAF-2025): Fortalecer el monitoreo en el cargue de evidencias en el aplicativo “Lucha”**

Condición: Durante la revisión de las evidencias cargadas en el aplicativo "Lucha" para el plan de mejoramiento ID1459, se identificó que la Dirección Administrativa y Financiera presentó solicitudes mediante los memorandos 3-2024-005568 del 12/11/2024, 3-2025-000137 del 17/01/2025, 3-2025-000875 del 16/04/2025, 3-2025-001168 del 12/05/2025, 3-2025-001635 del 16/06/2025 y 3-2025-001840 del 03/07/2025, junto con cronogramas de actividades correspondientes a los meses de febrero, abril, mayo, junio y julio de 2025. Se constató que las evidencias cargadas para el mes de marzo de 2025 corresponden a registros ya reportados para el mes de febrero del mismo año, lo que indica inconsistencias entre las evidencias presentadas y el período reportado en los comentarios de avance del aplicativo.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

En ese sentido, se exhorta al proceso a fortalecer su monitoreo en el cargue de soportes en el aplicativo, para verificar que las evidencias cargadas correspondan a las que se está reportando en el comentario dejado en “Lucha” para evitar la materialización de incumplimientos.

Criterio: Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02) que establece en la Política de Operación No. 6.4, numeral a) *“El líder del proceso, enlaces MIPG y equipo de trabajo, deben establecer los controles necesarios para realizar seguimiento a las actividades formuladas, productos esperados y fechas de vencimiento de cada una de las acciones de mejora, con el fin de darle cumplimiento oportuno. Se sugiere realizar el seguimiento del avance y cumplimiento de las actividades en mesas de trabajo internas de los procesos.”*

Causa: Deficiencias en los controles internos y el monitoreo por parte del proceso responsable sobre el cargue de las evidencias en el aplicativo “Lucha”, lo que resulta en la presentación de soportes duplicados o no correspondientes al periodo reportado. Se hace necesario un análisis de causa raíz para determinar los factores fundamentales que inciden en esta debilidad.

Efecto: La presentación de evidencias inconsistentes o duplicadas en el aplicativo de seguimiento puede generar la materialización de un posible incumplimiento en la acción de mejora ante el Ente de Control, lo que podría conducir a un cierre ineficaz o inefectivo de la misma por parte de la Contraloría de Bogotá, afectando la credibilidad de la información reportada y la percepción sobre la gestión del plan de mejoramiento.

3.2.4.1. Respuesta del Auditado

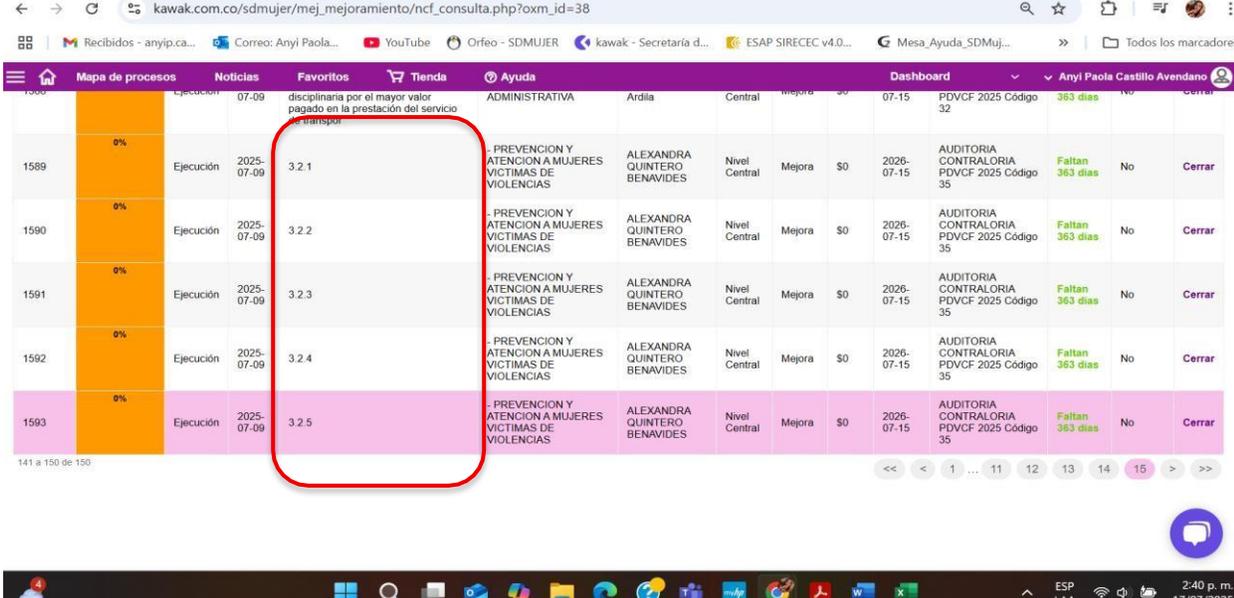
Para el presente hallazgo no se obtuvo respuesta y/o réplica alguna por parte del proceso involucrado, razón por la cual se mantiene en firme la oportunidad de mejora (OM-03-DAF-2025).

3.2.5. Oportunidad de mejora (OM-04-DEVAJ-2025): Completitud en el registro de hallazgos para la creación de planes de mejoramiento en “Lucha”.

Condición: De acuerdo con la revisión adelantada por la Oficina de Control Interno a los planes de mejoramiento generados con ocasión a la Auditoría de Cumplimiento PAD 2025 Código 35 de la Contraloría de Bogotá, se evidencia que el cargue en el aplicativo “Lucha” contempla únicamente el numeral con el cual se identificó el hallazgo, pero no se incluye la descripción del mismo como se observa en la imagen No.1, lo cual va en contravía de lo establecido en la “Guía Creación y Ejecución de Planes de Mejoramiento en Aplicativo Lucha (PG-GU-1, V02)” en su numeral 2.2, ítem 8, adicionalmente, a que podría conllevar a confusiones por falta de completitud en el registro. Por lo anterior, se exhorta a los procesos a efectuar el registro de los hallazgos como mínimo con los títulos del hallazgo que proporciona los informes de auditoría externos o internos y de acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía mencionada.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Imagen No.1. Acciones de mejora abiertas registradas en Lucha. Auditoría Código 35 PAD 2025.



ID	Estado	Fecha	Descripción	Responsable	Nivel	Objetivo	Valor	Fecha Límite	Progreso	Acción
1589	Ejecución	2025-07-09	3.2.1	- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	Nivel Central	Mejora	\$0	2026-07-15	0%	Cerrar
1590	Ejecución	2025-07-09	3.2.2	- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	Nivel Central	Mejora	\$0	2026-07-15	0%	Cerrar
1591	Ejecución	2025-07-09	3.2.3	- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	Nivel Central	Mejora	\$0	2026-07-15	0%	Cerrar
1592	Ejecución	2025-07-09	3.2.4	- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	Nivel Central	Mejora	\$0	2026-07-15	0%	Cerrar
1593	Ejecución	2025-07-09	3.2.5	- PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	Nivel Central	Mejora	\$0	2026-07-15	0%	Cerrar

Fuente: Aplicativo “Lucha”, consulta efectuada el 17 de julio del 2025.

Criterio: Guía Creación y Ejecución de Planes de Mejoramiento en Aplicativo Lucha (PG-GU-1, V02), numeral 2.2, ítem 8 que establece “...*Descripción: incluir la descripción del hallazgo, oportunidad de mejora o riesgo materializado. En el caso de informes de auditoría, incluya el número o numeral con el que se identificó la oportunidad de mejora o el hallazgo según corresponda. Se sugiere incluir la condición en la cual se identificó. En los casos donde el plan de mejora a crear corresponda a más de una situación a intervenir (hallazgo u oportunidad de mejora) debe incluirlos en la descripción.*” (Negrilla y subrayado por fuera del texto)

Causa: Posible inobservancia de los lineamientos internos establecidos en la "Guía Creación y Ejecución de Planes de Mejoramiento en Aplicativo Lucha (PG-GU-1, V02)" para el registro completo de los hallazgos. Se requiere un análisis de causa raíz para determinar los factores subyacentes que originan esta omisión en el cargue de información.

Efecto: La falta de completitud en la descripción de los hallazgos en el registro de los planes de mejoramiento puede generar confusiones o malinterpretaciones sobre la naturaleza y alcance de la situación a intervenir. Esto afecta la claridad en el seguimiento y la toma de decisiones, y podría incidir negativamente en la efectividad de las acciones de mejora al no contar con toda la información contextual necesaria.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.2.5.1. Respuesta del Auditado

Para el presente hallazgo no se obtuvo respuesta y/o réplica alguna por parte del proceso involucrado, razón por la cual se mantiene en firme la oportunidad de mejora (OM-04-DEVAJ-2025).

3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS DE LA SDMUJER

De acuerdo con el reporte generado por el aplicativo “Lucha” a corte del 07 de julio del 2025, se identificó un total de **181 acciones de mejora en estado abierto**, de las cuales es importante precisar que el 59% (107 acciones) presentan un avance del 100% conforme a lo reportado por los procesos, sin embargo, están pendientes por verificación por parte de la segunda línea de defensa² para determinar su cierre en términos de eficacia.

Tabla No.4. Acciones de mejora interna en estado abierto VS acciones a verificar 2da línea.

Proceso Responsable	No. Acciones abiertas	Ejecutado (100%)
Comunicación Estratégica	9	3
Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres	3	2
Direccionamiento Estratégico	11	7
Evaluación Independiente de la Gestión	6	3
Gestión Talento Humano	29	17
Gestión Administrativa	19	11
Gestión Contractual	19	11
Gestión del Conocimiento	6	1
Gestión del Sistema Distrital de Cuidado	11	8
Gestión Disciplinaria	3	3
Gestión Documental	5	3
Gestión Financiera	7	6
Gestión Jurídica	4	3
Gestión Tecnológica	8	1
Planeación y Gestión	3	3
Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias	5	4
Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres	3	1
Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	7	4
Relacionamiento con la Ciudadanía	13	11
Territorialización de la Política Pública	6	3

² De acuerdo con el Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 6.7, literal a) se determina que “La Oficina Asesora de Planeación determinará la eficacia (cumplimiento) de las acciones de planes de mejora internos, validando que se hayan ejecutado acorde con lo programado”

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

Proceso Responsable	No. Acciones abiertas	Ejecutado (100%)
Transversalización del Enfoque de Género y Diferencial para Mujeres	4	2
TOTAL	181	107

Fuente: Reporte Aplicativo “Lucha”, módulo mejoramiento Continuo, Corte 07 de julio del 2025.

Es importante mencionar que de las 181 acciones de mejora internas abiertas, el 12% correspondiente a **21 acciones se encuentran en curso**, de las cuales nueve (9) se vencen en el tercer trimestre del 2025 y doce (12) se vencen en el cuarto trimestre de la presente vigencia, por lo cual, será necesario que los procesos a cargo efectúen el monitoreo correspondiente para cargar con oportunidad las evidencias que den cuenta del cumplimiento de la acción de mejora.

Asimismo, se identificó que el **20% (36) del total de acciones abiertas se encuentran sin iniciar**, razón por la cual se determina la siguiente oportunidad de mejora en función de generar alertas que eviten la materialización de incumplimientos:

3.3.1. Oportunidad de mejora (OM-05-OAP-2025): Incluir términos para evaluación de eficacia en el procedimiento “Mejora Continua”

Condición: Con base en el reporte generado por el aplicativo “Lucha” con corte al 07 de julio de 2025, se evidencia que 107 acciones de mejora internas presentan un avance del 100% en su ejecución, según lo reportado por los procesos responsables. No obstante, se constató que el procedimiento interno vigente “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02) no establece términos o plazos precisos para la realización de la evaluación de la eficacia de estas acciones por parte de la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea de defensa). Esta omisión en la definición de términos contribuye al rezago en el cierre de las acciones de mejora en términos de eficacia.

Criterio: Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), Política de Operación No. 6.7, literal a), que establece: “...La Oficina Asesora de Planeación determinará la eficacia (cumplimiento) de las acciones de planes de mejora internos, validando que se hayan ejecutado acorde con lo programado”.

Causa: Falta de desarrollo y formalización de términos, plazos y una metodología específica dentro del Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02) que guíen a la Oficina Asesora de Planeación en la determinación de la eficacia de las acciones de mejora. Se requiere un análisis de causa raíz para identificar los factores fundamentales que han impedido la inclusión de estas definiciones esenciales.

Efecto: La ausencia de términos y plazos definidos para la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora genera un rezago en su cierre formal y la acumulación de acciones pendientes en el

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

aplicativo “Lucha”. Esto no solo dificulta la gestión integral y el control de los planes de mejoramiento por parte de la entidad, sino que también limita la capacidad de la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa) para adelantar de manera oportuna y efectiva sus evaluaciones de la efectividad, impactando negativamente la visión consolidada del cumplimiento de los objetivos institucionales y la rendición de cuentas.

3.3.1.1. **Respuesta del Auditado**

Para el presente hallazgo no se obtuvo respuesta y/o réplica alguna por parte del proceso involucrado, razón por la cual se mantiene en firme la oportunidad de mejora (OM-05-OAP-2025).

3.3.2. **Oportunidad de mejora (OM-06-Varios-2025): Acciones de mejora internas sin iniciar y próximas a vencer**

Condición: De acuerdo con el reporte generado por el aplicativo "Lucha" a corte del 07 de julio del 2025, se observa que las siguientes tres (3) acciones de mejora: ID1527 (Acción 2314), ID1550 (Acción 2349) y ID1562 (Acción 2369) se vencen en el presente mes (Julio) y aún no cuentan con soporte y/o evidencia alguna que permita ver el avance de su ejecución. Por lo anterior, se exhorta a los procesos a efectuar el monitoreo de sus acciones de mejora y cargar con oportunidad sus evidencias para evitar posibles incumplimientos a los planes de mejoramiento formulados.

Criterio: Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 3.2.2, ítem e) que establece: *"Las Subsecretarías (os), Jefas (es) de Oficina, Directoras (es) y demás líderes de procesos son responsables de reportar los avances y/o cumplimiento de las acciones dentro de los términos establecidos en el plan de ejecución en la herramienta o instrumentos del sistema integrado de gestión que se establecen en este procedimiento."*

Procedimiento PG-PR-07, V02, numeral 6,4 que establece *"...El líder del proceso, enlaces MIPG y equipo de trabajo, deben establecer los controles necesarios para realizar seguimiento a las actividades formuladas, productos esperados y fechas de vencimiento de cada una de las acciones de mejora, con el fin de darle cumplimiento oportuno. Se sugiere realizar el seguimiento del avance y cumplimiento de las actividades en mesas de trabajo internas de los procesos."*

Causa: Posible inoportunidad en el cargue de evidencias y soportes que permitan validar el cumplimiento de la acción de mejora propuesta en su totalidad. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas pertinente para determinar la causa raíz.

Efecto: Posible incumplimiento de las acciones de mejora y posible falta de efectividad de éstas para mitigar la causa raíz de los hallazgos identificados en los procesos auditores.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

3.3.2.1. **Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-002150 del 23/07/2025 recibido mediante Orfeo interpuesto por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención a la presente oportunidad de mejora se informa que la Dirección de Contratación realizó el respectivo cargue de evidencias el 16 de julio del año en curso en el Plan de Acción creado en el aplicativo KAWAK, el cual se aportaron los respectivos soportes que reflejan la ejecución de la información. Por lo anterior, no se realizará plan de acción en atención que se adelantó la publicación de la acción de oportunidad.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con la revisión efectuada nuevamente al aplicativo “Lucha” el día 28 de julio del 2025, se observa que para el **ID1526**, como se indica en la respuesta por parte de la Dirección de Contratación, se cargaron las evidencias correspondientes a la acción de mejora propuesta, razón por la cual, quedará sujeta a verificación por parte de la segunda línea de defensa como responsable de la evaluación de eficacia conforme a lo establecido en el Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 6.7, literal a) que determina *“La Oficina Asesora de Planeación determinará la eficacia (cumplimiento) de las acciones de planes de mejora internos, validando que se hayan ejecutado acorde con lo programado”*. Asimismo, se procede a eliminar de la oportunidad de mejora el ID de Lucha antes relacionado.

3.3.2.2. **Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema Distrital de Cuidado**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-002155 del 24/07/2025 recibido mediante Orfeo interpuesto por la Dirección del Sistema Distrital de Cuidado, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención al comunicado del asunto, nos permitimos informar que mediante memorando con radicado 3-2025-001539 del 10 de junio de 2025 y en atención al memorando 3-2025-001021 de fecha 25 de abril de 2025 emitido por la Oficina Asesora de Planeación – OAP, se solicitó ampliar las fechas de ejecución de estas dos acciones de la siguiente manera:

- *ID 1361 - “Realizar la revisión del diseño de sus controles en el sentido de asegurar que tengan un adecuado manejo de desviaciones”. Fecha de ejecución actualizada: 30 de septiembre de 2025.*
- *ID 1363 - “Formalizar los controles de los riesgos del proceso que no se encuentran documentados, incluyéndolos como puntos de control en procedimientos o instructivos de su proceso”. Fecha de ejecución actualizada: 31 de agosto de 2025.*

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

Cabe resaltar que la gestión se adelantó teniendo en cuenta las fechas definidas para la actualización documental según decisión tomada en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de abril.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con la revisión efectuada nuevamente al aplicativo “Lucha” el día 28 de julio del 2025, se observa que para el **ID1361 (Acción 2051)**, se efectuó la respectiva actualización de la fecha de ejecución al 30 de septiembre de 2025, de la misma forma, se validó que para el **ID1363 (Acción 2076)**, se ajustó la fecha de ejecución al 31 de agosto de 2025, razón por la cual se encuentra en tiempos para su ejecución, en ese orden de ideas, se efectuó la eliminación en la condición del hallazgo de los ID de Lucha antes relacionados, y se sugiere efectuar monitoreo por parte del proceso para garantizar el cumplimiento de las acciones de mejora en los términos propuestos.

ACCIONES DE MEJORA VENCIDAS

De acuerdo con el análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, se observa que el **9% (17) del total de las acciones de mejora se encuentran vencidas**, teniendo en cuenta que se superaron las fechas para su terminación y aún no se cuentan con los soportes suficientes que permitan determinar su cumplimiento conforme a lo propuesto. En relación con lo anterior, se establecieron los siguientes hallazgos para que sean atendidos por parte de los procesos involucrados:

3.3.3. Incumplimiento (I-01-Varios-2025): Procedimiento “Mejora Continua” PG-PR-07, V2, acciones previamente declaradas incumplidas

Condición: Mediante la Auditoría Interna de Seguimiento a Planes de Mejoramiento Externos e Internos, cuyos resultados fueron comunicados a través del memorando No. 3-2025-000360 del 17 de febrero de 2025, se declararon como INCUMPLIDAS las siguientes acciones de mejora: ID766 (Acción 1152), ID1247 (Acción 1875), ID1272 (Acciones 1904 y 1905), ID1324 (Acción 1988), ID1337 (Acción 2003), ID1439 (Acción 2212) y ID1445 (Acción 2225).

De acuerdo con el Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), las acciones declaradas incumplidas debían ser subsanadas en un plazo de treinta (30) días hábiles improrrogables, contados a partir de la fecha del informe de seguimiento. Este plazo para las acciones mencionadas venció el 01 de abril de 2025. Sin embargo, a corte de julio de 2025, se constató que los procesos responsables no han atendido las observaciones y, por lo tanto, no han subsanado dichas acciones de mejora.

Criterio: Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 6.7 que establece “*Incumplida: Cuando la fecha de terminación de la acción se encuentra vencida y el proceso responsable no la ha ejecutado en el 100%. En ese caso, el proceso deberá culminar las acciones incumplidas dentro de los siguientes treinta (30) días hábiles improrrogables, contados a partir de la*

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

fecha del informe de seguimiento al plan de mejoramiento, informando en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir del día siguiente de su culminación, a la Oficina de Control Interno y a la Oficina Asesora de Planeación la finalización del plan. **Si el responsable del proceso no cumple con la acción, se efectuará el cierre en el sistema designado por la entidad como ineficaz.** (Negrilla y subrayado por fuera del texto).

Causa: Deficiencias en el monitoreo y seguimiento por parte de los procesos responsables a las acciones de mejora declaradas incumplidas, así como la inobservancia de los plazos perentorios establecidos en el Procedimiento Interno “Mejora Continua” para su subsanación. Esto incluye una posible omisión en la atención a las observaciones y recomendaciones generadas por la tercera línea de defensa a través de sus informes de auditoría interna. Se requiere un análisis de causa raíz para identificar los factores fundamentales que impiden la oportuna y efectiva subsanación de estas acciones.

Efecto: El incumplimiento persistente en la subsanación de las acciones de mejora, declarado tras un seguimiento oficial, genera el cierre de estas en el sistema como ineficaces. Esta situación compromete la efectividad de las medidas de control y mejora implementadas, lo que a su vez puede mantener latente la causa raíz del hallazgo original, impidiendo la mitigación efectiva de los riesgos asociados y afectando la credibilidad de los mecanismos de control interno de la entidad.

3.3.3.1. **Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-002150 del 23/07/2025 recibido mediante Orfeo interpuesto por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención al presente Incumplimiento, se informa que la Dirección de Contratación ha venido realizando diferentes mesas de trabajo con los profesionales del área de la dirección de contratos mediante el cual se evidencia los aportes y avances de la implementación del nuevo Manual de Contratación, a la fecha se encuentra en revisión por parte de la Subsecretaria de Gestión Corporativa. En el aplicativo KAWAK se evidencia los avances de la estructuración del Manual, asimismo se informa que como fecha de publicación definitivo del Manual de Contratación se estima para publicación el día 31 de agosto del año en curso.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: Conforme a la revisión efectuada al aplicativo “Lucha” el día 28 de julio de 2025, se constató el cargue de un soporte relacionado con el avance en la actualización del Manual de Contratación para la acción ID1337 (Acción 2003).

No obstante, se reitera que, tal como se comunicó mediante memorando No. 3-2025-000360 del 17 de febrero de 2024, esta acción fue previamente declarada **INCUMPLIDA**. El plazo perentorio de treinta (30) días hábiles para su subsanación, según lo establecido en el Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), culminó el 01 de abril de 2025. A la fecha de esta verificación,

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

la acción no ha sido culminada por el proceso responsable, lo que confirma que las observaciones no fueron atendidas en el plazo otorgado.

Por lo anterior, y en aplicación del numeral 6.7 del Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), se declara la acción ID1337 (Acción 2003) como **INEFECTIVA**.

En consecuencia, el hallazgo **I-01-Varios-2025** se mantiene para el tratamiento respectivo por parte de la Dirección de Contratación, lo cual implica la formulación obligatoria de un nuevo plan de mejoramiento, dado que la causa raíz del hallazgo original no fue mitigada con la acción previamente establecida.

3.3.4. Oportunidad de mejora (OM-07-Varios-2025): Acciones de mejora internas que superaron sus fechas de ejecución y no se han culminado.

Condición: La verificación realizada por la Oficina de Control Interno determinó que nueve (9) acciones de mejora internas se encuentran vencidas, habiendo superado las fechas establecidas para su ejecución. A la fecha de la auditoría, no se han cargado los soportes suficientes que acrediten la culminación y el cumplimiento de las actividades propuestas para estas acciones. Esta situación se observa en los siguientes casos:

- ID1475 (Acción 2259)- Gestión del Talento Humano
- ID1477 (Acción 2261)- Gestión del Talento Humano
- ID1479 (Acción 2263)- Gestión del Talento Humano
- ID1480 (Acción 2668)- Gestión del Talento Humano
- ID1481 (Acción 2264)- Gestión del Talento Humano
- ID1483 (Acción 2266)- Gestión del Talento Humano
- ID1484 (Acción 2667)- Gestión del Talento Humano
- ID1520 (Acción 2306)- Gestión Contractual
- ID1531 (Acción 2319)- Gestión Tecnológica

Por lo anterior, se exhorta a los procesos responsables a verificar sus acciones y cargar las evidencias correspondientes que permitan validar el cumplimiento de los propuesto en la acción, de tal forma que se pueda efectuar su cierre en el sistema, así como se garantice y haga énfasis en que dichas actividades contribuyan a mitigar la causa raíz de los hallazgos.

Criterio:

- Procedimiento Interno “Mejora Continua” (PG-PR-07, V02), numeral 3.2.2, literal e), que establece: "Las Subsecretarías (os), Jefas (es) de Oficina, Directoras (es) y demás líderes de procesos son responsables de reportar los avances y/o cumplimiento de las acciones dentro de los términos establecidos en el plan de ejecución en la herramienta o instrumentos del

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

sistema integrado de gestión que se establecen en este procedimiento."

- Procedimiento Interno "Mejora Continua" (PG-PR-07, V02), numeral 6.4, que establece: "...El líder del proceso, enlaces MIPG y equipo de trabajo, deben establecer los controles necesarios para realizar seguimiento a las actividades formuladas, productos esperados y fechas de vencimiento de cada una de las acciones de mejora, con el fin de darle cumplimiento oportuno. Se sugiere realizar el seguimiento del avance y cumplimiento de las actividades en mesas de trabajo internas de los procesos."

Causa: Deficiencias en el monitoreo y seguimiento por parte de los procesos responsables, lo que ha generado la omisión en la ejecución y cargue oportuno de las evidencias y soportes que demuestran la culminación total de las acciones de mejora propuestas. Se requiere un análisis de causa raíz para identificar los factores subyacentes que contribuyen a este retraso sistemático.

Efecto: El retraso en la culminación de las acciones de mejora aumenta el riesgo de que estas sean declaradas como incumplidas o inefectivas, comprometiendo la mitigación de la causa raíz de los hallazgos originales. Esta situación puede afectar la eficacia del Sistema de Control Interno de la entidad, la gestión de riesgos y la credibilidad de los reportes de avance, impactando negativamente en la mejora continua y el logro de los objetivos institucionales.

3.3.4.1. **Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-002150 del 23/07/2025 recibido mediante Orfeo interpuesto por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

"En lo que respecta a esta acción se ha venido adelantando el cargue de evidencias que soporten el cumplimiento de la acción, sin embargo, en atención a que la Oficina Asesora de Planeación es la encargada de aprobar el documento que da cumplimiento al plan de acción; emitió correo electrónico el 20 de junio del año en curso, informando que se requiere la orientación por parte de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía por lo que a la fecha no se ha recibido socialización ya que la OAP le han sugerido inquietudes al documento elaborado por la Dirección de Contratación."

Respuesta de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno ha analizado la réplica remitida por la Dirección de Contratación mediante Memorando No. 3-2025-002150 del 23 de julio de 2025.

Si bien se reconoce la gestión adelantada por la Dirección de Contratación para el cumplimiento de la acción de mejora, manifestada en el cargue de evidencias y las interacciones con la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional, se constata que a la

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

fecha la acción no ha sido culminada en su totalidad. El producto propuesto, "Documento guía debida diligencia oficializado en el SIG", no se ha generado formalmente.

Es importante reiterar que, conforme a la Condición del hallazgo OM-07-Varios-2025, la acción de mejora se encuentra vencida al haber superado los plazos establecidos para su ejecución. Esta situación podría conducir, en última instancia, a su declaración como INCUMPLIDA por parte de la segunda línea de defensa, en aplicación del Procedimiento Interno "Mejora Continua" (PG-PR-07, V02), numeral 6.7.

Por lo expuesto, el hallazgo OM-07-Varios-2025 se mantiene. La Dirección de Contratación deberá intensificar el seguimiento y monitoreo a esta acción con el fin de asegurar su pronta culminación y oficialización, y mitigar el riesgo de incumplimiento formal.

3.4. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD ACCIONES INTERNAS

La Oficina de Control Interno conforme a la responsabilidad asignada en el Procedimiento Interno "Mejora Continua (PG-PR-07, V02)" en su numeral 3.2.4, literal a)³, procedió durante la vigencia 2025, adelantar el seguimiento a planes de mejoramiento en términos de efectividad mediante (15) trabajos de auditoría que ha desarrollado con su equipo de trabajo en el primer semestre del 2025, generando los siguientes resultados:

Tabla No.5. Resultados evaluaciones de efectividad I semestre del 2025.

Evaluación de efectividad planes de mejoramiento	No. planes
Efectivos	59
Inefectivos	39
TOTAL	98

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con resultados de trabajos de auditoría 2025.

En ese sentido, se identificó que de los 98 planes de mejoramiento revisados el **60% se cerró como efectivo**, teniendo presente que las acciones de mejora implementadas por los procesos ha contribuido a mitigar la causa raíz de los hallazgos, mientras el **40% se determinó como inefectivo**, dado que las situaciones problemática s identificadas siguen persistiendo en el tiempo, razón por la cual, se generaron nuevos hallazgos en los trabajos de auditoría respectivos con el fin de que los procesos adelanten los tratamientos respectivos para solucionar el tema de raíz y evitar su repetición.

³ "a) Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y de mejora de los planes de mejoramiento formulados en virtud de los resultados de trabajos de Auditorías Internas (entiéndase en el aplicativo como evaluación posterior al cierre), y, por tanto, realizar el cierre efectivo de los planes de mejoramiento internos."

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

Por otro lado, cabe mencionar que, en la presente Auditoría de Seguimiento, se procedió a evaluar efectividad conforme al reporte generado por el aplicativo “Lucha”, tomando como muestra (63) acciones de mejora correspondientes a (42) planes de mejoramiento, respecto de los cuales se determinó la efectividad conforme a resultados de informes de auditoría adelantados en las vigencias 2024 y 2025, obteniéndose los siguientes resultados (Ver Anexo 2):

Tabla No.6. Resultados evaluaciones de efectividad.

Evaluación de efectividad planes de mejoramiento	No. planes
Efectivos	43
Inefectivos	5
TOTAL	48

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con seguimiento a efectividad.

Es importante destacar que para aquellas acciones que en el presente seguimiento fueron declaradas “inefectivas”, ya se encuentran vinculadas a un hallazgo que fue dejado en auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, y que están siendo tratadas por los procesos involucrados mediante planes de mejoramiento.

Por otro lado, cabe mencionar que las demás acciones pendientes por evaluación de efectividad serán verificadas a lo largo de la presente vigencia en los trabajos de auditoría programados conforme al Plan Anual de Auditoría V2, aprobado en la Entidad para el 2025.

3.4.1. CIERRE DE EFECTIVIDAD POR VENCIMIENTO DE TÉRMINOS

La Oficina de Control Interno, procedió a descargar el reporte de acciones de mejora cerradas en el aplicativo “Lucha” a corte del 07 de julio del 2025, donde se identificó que existe acciones que finalizaron desde 2015 y a la fecha de corte del presente informe no están evaluadas en términos de efectividad, teniendo presente que les aplicaban procedimientos internos anteriores, en los cuales no se contemplaba dicha evaluación sino hasta la versión 5 del procedimiento SEG-PR-5 aprobado en la vigencia 2018.

Sin embargo, dado lo establecido en el procedimiento interno vigente “Mejora Continua (PG-PR-07, V02)”, en su numeral 6.7, literal d) que define “...Cerrada por vencimiento de términos: Cuando la acción supera tres (3) vigencias contadas a partir de la fecha programada para su terminación, sin que haya sido evaluada por parte de la Oficina de Control Interno.” Se procede al cierre de (202) acciones de mejora correspondientes a vigencias que no son competencia de evaluación de efectividad de la presente administración y frente a las cuales transcurrió el tiempo estimado en el lineamiento interno sin tener pronunciamiento (Ver Anexo 3).

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

Por lo anterior, se carga en el aplicativo “Lucha” la respectiva justificación del cierre, así como el procedimiento interno aplicable en su momento y se continuará con las demás evaluaciones de efectividad resultantes de los trabajos de auditoría internos conforme a la programación que establezca la Oficina de Control Interno en los trabajos dispuestos en el Plan Anual de Auditoría (PAA) vigente en la Entidad.

4. CONCLUSIONES

Tras el análisis de la gestión de los planes de mejora en la Secretaría Distrital de la Mujer, se concluye:

1. Respecto a las acciones de mejora externas (Contraloría de Bogotá):

- A diciembre de 2024, la Secretaría Distrital de la Mujer contaba con 93 acciones de mejora abiertas con la Contraloría de Bogotá. A corte del 11 de julio de 2025, este número se redujo a 53 acciones abiertas, lo que representa una disminución del 57% según el reporte SIVICOF.
- La evaluación de eficacia de las 53 acciones suscritas con la Contraloría de Bogotá reveló que el 36% (19 acciones) cumplieron conforme a los indicadores y plazos propuestos. Adicionalmente, el 11% (6 acciones) se concluyeron con cumplimiento, aunque se identificaron aspectos susceptibles de mejora para una mitigación más efectiva de la causa raíz de los hallazgos. El 53% restante (28 acciones) se encuentran en ejecución y dentro de los tiempos programados, incluyendo las formuladas con ocasión de las auditorías del PAD 2025.

2. Respecto a las acciones de mejora internas (Aplicativo “Lucha”):

- A corte del 07 de julio de 2025, se identificaron un total de 181 acciones de mejora internas en estado abierto en el aplicativo “Lucha”.
- De estas, el 59% (107 acciones) presentan un avance del 100% según lo reportado por los procesos responsables, aunque están pendientes de verificación por parte de la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) para determinar su cierre en términos de eficacia.
- Se ha determinado que el 9% (17 acciones) del total de acciones internas abiertas se encuentran vencidas, superando las fechas para su culminación y sin contar con los soportes suficientes que acrediten su cumplimiento. Ocho (8) de estas acciones ya habían sido declaradas INCUMPLIDAS en el informe anterior de planes de mejoramiento, y no fueron atendidas por los procesos responsables.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

3. Respecto a la evaluación de efectividad de planes de mejoramiento internos:

- En lo transcurrido de 2025, se han revisado 98 planes de mejoramiento. De estos, el 60% se cerraron como efectivos, evidenciando que las acciones de mejora implementadas han contribuido a mitigar la causa raíz de los hallazgos. El 40% restante se determinó como inefectivo, debido a la persistencia de las situaciones problemáticas identificadas, lo cual generó nuevos hallazgos en los trabajos de auditoría presentados durante el presente año.
- Se identificaron 202 acciones de mejora correspondientes a vigencias anteriores a 2018 que no habían sido evaluadas en términos de efectividad, ya que no les aplicaban los procedimientos internos que contemplaban dicha evaluación sino hasta la versión 5 del procedimiento SEG-PR-5, aprobado en 2018. Por consiguiente, estas acciones fueron objeto de "cierre por vencimiento de términos" en el presente informe.
- La presente Auditoría de Seguimiento evaluó la efectividad de 63 acciones de mejora, correspondientes a 42 planes de mejoramiento, tomando como base el reporte generado por el aplicativo "Lucha" y los resultados de los informes de auditoría adelantados en las vigencias 2024 y 2025.

5. RECOMENDACIONES

Derivado de los resultados en la presente auditoría, se recomienda a la Secretaría Distrital de la Mujer la implementación de las siguientes medidas con el fin de fortalecer la gestión de los planes de mejora y mitigar los riesgos asociados:

1. **Fortalecer la planeación y programación de acciones de mejora:** Se recomienda a los procesos responsables de la formulación de planes de mejoramiento, tanto internos como externos, asegurar desde la etapa de diseño la coherencia entre las periodicidades definidas (semestral, trimestral, etc.) y los plazos de ejecución. Esto garantizará que las acciones se implementen y culminen conforme a su planeación inicial.
2. **Garantizar la completitud y claridad en el registro de hallazgos:** Se instruye a las áreas responsables del registro de planes de mejoramiento en el aplicativo "Lucha" o en cualquier otro sistema de información designado, incluir la información completa y clara de los hallazgos, conforme a lo establecido en los informes de auditoría. Este procedimiento es fundamental para evitar interpretaciones erróneas, ambigüedades y la posible materialización de incumplimientos.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

3. **Reforzar el monitoreo y carga de evidencias por la primera línea de defensa:** Se requiere que los líderes de proceso implementen un monitoreo sistemático y la recopilación oportuna de avances y evidencias por parte de la primera línea de defensa. Es imperativo que se establezca un repositorio de información que contenga los soportes que demuestren la ejecución de las acciones y el avance de los indicadores formulados, con el cargue de dichas evidencias en el aplicativo “Lucha” a medida que se logran los cumplimientos. Esta medida es crucial para prevenir vencimientos y eventuales incumplimientos.

4. **Asegurar el cumplimiento oportuno de acciones externas (Contraloría de Bogotá):** Se exhorta a los procesos con acciones de mejora suscritas con la Contraloría de Bogotá a mantener una atención constante a las fechas de ejecución programadas. Es fundamental asegurar el cargue oportuno de todas las evidencias necesarias en el aplicativo “Lucha” para evitar la materialización de incumplimientos.

5. **Validar la efectividad de acciones declaradas ineficaces por la contraloría:** Para las acciones de mejora que han sido declaradas inefectivas por la Contraloría de Bogotá, se recomienda a los procesos realizar un monitoreo riguroso que no solo verifique el cumplimiento en los nuevos términos propuestos (eficacia), sino que también demuestre, a través de registros y evidencias objetivas, la erradicación de la situación problemática original y que la causa raíz del hallazgo no persiste en el tiempo (efectividad).

6. **Atención inmediata a la acción declarada incumplida:** Será importante que el proceso responsable demuestre efectividad dentro de los treinta (30) días hábiles improrrogables, contados a partir de la fecha de comunicación del informe final de auditoría del ente de control, y regístralo en el aplicativo Lucha. Esta medida debe realizarse conforme a lo dispuesto en el capítulo V de la Resolución No. 036 de 2020. Lo anterior, nos permitirá realizar el reporte de forma veraz y oportunamente.

7. **Fortalecer el procedimiento interno “Mejora Continua”:** incluir la incorporación explícita de términos, plazos y una metodología clara y detallada para la realización de las evaluaciones de eficacia de las acciones de mejora por parte de la segunda línea de defensa. La definición de estos parámetros es fundamental para estandarizar el proceso de verificación de cumplimiento de las acciones al 100%, posibilitar su cierre oportuno en el aplicativo “Lucha” y facilitar la posterior evaluación de la efectividad por parte de la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa).

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-002290 Fecha: 29-07-2025
		Versión: 06	
INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025		

6. ANEXOS

CONTENIDO	PRESENTACIÓN	NOMBRE DE ARCHIVO
Documento Excel en el cual se relaciona el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno a las acciones de mejora externas abiertas.	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo1. Eva_Eficacia_CB.xlsx
Documento Excel en el cual se relaciona el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno en términos de efectividad a las acciones de mejora internas.	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo 2. Evaluac_Efectividad_PM
Documento Excel en el cual se relaciona acciones cerradas por vencimiento de términos.	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo 3. Cierre_Venc_Términos

8. FIRMAS

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró
Anyi Paola Castillo
Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró
Karol Mishelld Tausa
Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró
Maryam Paola Herrera
Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Revisó y Aprobó
Andrés Pabón S
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 remitida 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.