

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 2026

I. Introducción

El presente informe ha sido elaborado en cumplimiento con lo establecido en el numeral 5, del artículo 325 del Decreto Distrital 640 de 2025. 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 la Oficina de Control Interno

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017 y en concordancia con los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Versión 4 - Julio de 2020), la Oficina de Control Interno desarrolla su gestión a través de cinco (5) roles fundamentales, los cuales orientan el ejercicio de la actividad de auditoría interna y constituyen la base para la formulación y ejecución del Plan Anual de Auditoría.

En cumplimiento de este marco normativo, la Oficina de Control Interno de la SDMujer presentó para aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en sesión realizada el 11 de diciembre de 2025, según consta en el Acta No. 4 de 2025, el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2026, instrumento de planeación mediante el cual se definieron las actividades requeridas para el cumplimiento de los roles y responsabilidades inherentes a la función de auditoría interna.

Posteriormente, en sesión del CICCI celebrada el 26 de marzo de 2026, conforme se registra en el Acta No. 1 de 2026, la Oficina de Control Interno presentó una modificación al Plan Anual de Auditoría, la cual fue aprobada por dicha instancia. La versión actualizada del documento se encuentra publicada en la página web institucional para consulta de los grupos de interés.

En consecuencia, las actividades ejecutadas durante la vigencia se desarrollan conforme a la versión vigente del Plan Anual de Auditoría aprobada por el Comité, garantizando su alineación con los objetivos institucionales, el enfoque basado en riesgos y las responsabilidades asignadas a la Oficina de Control Interno.

A continuación, se presenta el análisis de la gestión desarrollada durante el primer semestre de 2026 para cada uno de los roles de la Oficina de Control Interno, con el propósito de evidenciar el nivel de cumplimiento, los resultados obtenidos y formular las recomendaciones que contribuyan al mejoramiento continuo del proceso de "Evaluación Independiente de la Gestión" y del Sistema de Control Interno de la Entidad.

Evaluación del Sistema de Control Interno

Durante la presente vigencia, la Oficina de Control Interno realizó la Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno del Segundo Semestre de 2025, de conformidad con la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Como resultado de la evaluación, se evidenció un nivel de cumplimiento del 88% evidenciando que los componentes del Sistema de Control Interno mantienen un grado adecuado de funcionamiento, lo cual demuestra el trabajo articulado entre la línea estratégica y las tres líneas de defensa y los resultados de los controles implementados en la Entidad.

Asimismo, se observó una mejora en los componentes de Evaluación de Riesgos y Actividades de Control, los cuales registraron incrementos del 17% y 5%, respectivamente, frente a la evaluación realizada con corte al 30 de junio de 2025.

No obstante, la evaluación también evidenció disminuciones en tres (3) de sus cinco (5) componentes: Ambiente de Control (-2%), Información y Comunicación (-3%) y Actividades de Monitoreo (-4%), situación que genera oportunidades para fortalecer aspectos relacionados con la articulación de las líneas de defensa, el flujo de información para la toma de decisiones, el seguimiento a los riesgos institucionales y la gestión de los planes de mejoramiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluyó que el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer continúa siendo efectivo para el logro de los objetivos institucionales, toda vez que su diseño y operación se encuentran alineados con la estructura organizacional, los procesos y las necesidades de gestión de la Entidad. Esta condición favorece su capacidad de adaptación a los cambios organizacionales y contribuye al logro de la misión institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la SDMujer.

Sin perjuicio de lo anterior, la evaluación permitió identificar aspectos susceptibles de fortalecimiento evidenciando un (1) incumplimiento y dos (2) oportunidades de mejora, frente a los cuales los procesos responsables han definido las acciones correspondientes para su tratamiento.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento permanente al Sistema de Control Interno mediante la ejecución de auditoría internas, seguimientos y evaluaciones independientes, cuyos resultados permiten identificar tendencias, riesgos recurrentes y oportunidades de fortalecimiento asociadas a los componentes del MECI. Este ejercicio constituye un insumo importante para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y para la implementación de acciones orientadas al mejoramiento continuo de la gestión Institucional. Ver imagen No. 1.

Imagen No.1. Número hallazgos por componente del MECI asociados a las Auditorías internas de Cumplimiento de la OCI.



Fuente: Imagen generada con IA (Chatgpt), de acuerdo con datos registrados en la matriz EIG-FO-14 – Seguimiento Plan Anual de Auditoría- V2 vigencia 2026.

En razón a lo anterior, durante la vigencia 2026, se han documentado 130 hallazgos derivados de 14 auditorías internas de cumplimiento y 2 auditorías internas basadas en riesgos. El análisis de la distribución de estos resultados evidencia una concentración en el componente C3 - Actividades de Control, equivalentes al 45% del total identificado, seguido de los componentes C5 - Información y Comunicación con 22 hallazgos, C4 - Actividades de Monitoreo con 21 hallazgos, C2 - Evaluación del Riesgo con 15 hallazgos y C1 - Ambiente de Control con 13 hallazgos.

La concentración de hallazgos en el componente Actividades de Control permite inferir que las principales oportunidades de mejora están en la ejecución, documentación, seguimiento y efectividad de los controles implementados en los diferentes procesos y dependencias de la Entidad. En este sentido, resulta necesario continuar fortaleciendo los mecanismos de supervisión, monitoreo y seguimiento a los controles establecidos, con el fin de incrementar su efectividad y contribuir al fortalecimiento integral del Sistema de Control Interno.

Gestión del Riesgo.

En el ejercicio del rol de evaluación de la Gestión del Riesgo asignado a la Oficina de Control Interno y de conformidad con el Plan Anual de Auditoría, durante el primer semestre, se efectuó la evaluación de la gestión de los riesgos institucionales de corrupción, con el fin verificar la implementación de las actividades relacionadas con su identificación, valoración, monitoreo, seguimiento y ejecución de controles, conforme a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la normatividad interna vigente.

Para el desarrollo de esta evaluación se revisó el 100 % de los riesgos de corrupción registrados por los procesos en el aplicativo LUCHA. La evaluación comprendió el análisis de la formulación de los riesgos y sus controles, la asignación de responsables, la periodicidad definida para su ejecución, el registro de evidencias, el seguimiento realizado por los procesos y el cumplimiento de las acciones establecidas dentro del esquema de administración del riesgo.

La verificación se sustentó en la información registrada por los procesos en el aplicativo LUCHA y en los criterios definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer y el procedimiento institucional MI-PR-3 Administración del Riesgo.

Como resultado de la verificación, se identificaron tres (3) Cumplimientos relacionados con:

- Los diecisiete (17) riesgos de corrupción fueron formulados bajo la estructura metodológica "Posibilidad de conforme a los lineamientos del DAFP.

- Publicación del Mapa de Riesgos en el aplicativo LUCHA, incluyendo los controles y las evidencias asociadas a su ejecución.
- Los treinta y seis (36) controles evaluados cuentan con e soportes documentales cargados en el aplicativo.

Así mismo, la evaluación permitió identificar oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la calidad del diseño de los riesgos y los controles como se muestra en la Tabla No. 1 la cual resume las temáticas de mejora detectadas. Estas situaciones requieren la adopción de acciones correctivas y preventivas que contribuyan a robustecer la gestión del riesgo de corrupción y el funcionamiento de la primera línea de defensa.

Tabla No. 1. Resumen de Temáticas de hallazgos o no conformidades.

Temática de Mejora	Casos Identificados
Debilidades en la definición del riesgo	17 riesgos
Debilidades en la descripción de controles	32 controles
Debilidades en asignación de responsabilidades	2 controles
Debilidades en la documentación de controles	15 controles
Debilidades en el cargue oportuno de evidencias	10 controles
Extemporaneidad en el acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos	22 controles
Riesgo sin controles formulados	1 riesgo

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

A continuación, se describen las oportunidades de mejora identificadas:

- Debilidades en la definición del riesgo, de los diecisiete (17) riesgos de corrupción evaluados, se evidenciaron dos debilidades de redacción conforme a la Guía DAFP V7: (i) el componente "QUÉ" (impacto) no identifica con claridad las consecuencias que la materialización del riesgo generaría para la entidad, mezclándolo con la causa; y (ii) el componente "POR QUÉ" (causa raíz) incluye expresiones de finalidad o intención (p. ej. "para beneficio propio o de un tercero") en lugar de causas estructurales que expliquen por qué puede materializarse el riesgo.
- Debilidades en la descripción de controles, corresponde a un hallazgo con cuatro condiciones: se identificó que treinta y dos (32) controles presentan debilidades relacionadas con uno o varios de los atributos mínimos establecidos por la metodología de la Guía del DAFP V7 para el diseño de controles. Entre las principales situaciones observadas se encuentran: ausencia de identificación clara del responsable de ejecución (Condición Uno), falta de definición de la periodicidad de aplicación (Condición Dos), falta de documentación formal del control en manuales/procedimientos u otro tipo de lineamiento (Condición Tres), y ausencia de un tratamiento ante desviaciones o incumplimientos detectados durante su ejecución (Condición Cuatro).

- Debilidades en la asignación de responsabilidades, en dos controles pertenecientes al proceso de Gestión Talento Humano, se evidenció que la misma servidora, figura simultáneamente como responsable de ejecución y de seguimiento del control, lo cual vulnera el principio de segregación de funciones e independencia que exige la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7 para garantizar la objetividad del monitoreo.
- Debilidades en la documentación de controles, se identificaron quince (15) controles, cuya descripción y forma de operación no se encuentra formalmente incorporadas en los procedimientos, instructivos o manuales oficiales del Sistema Integrado de Gestión. Lo anterior dificulta evidenciar su diseño formal y aplicación dentro de los procesos institucionales.
- Debilidades en el cargue oportuno de evidencias de ejecución, diez (10) controles no registraron oportunamente las evidencias que soportan su ejecución conforme a la periodicidad establecida en el aplicativo LUCHA: en algunos casos solo se registró una ejecución durante toda la vigencia 2025, y en otros, las evidencias fueron cargadas en periodos posteriores al establecido, afectando la oportunidad del seguimiento y monitoreo.
- Extemporaneidad en el cargue del instrumento de seguimiento cuatrimestral de riesgos, veintiún (21) controles (procesos de Gestión del Conocimiento, Territorialización, Contratación, entre otros) presentaron reportes de seguimiento cuatrimestral incompletos o efectuados de manera extemporánea, con solo uno o dos seguimientos en todo el año, o cargados en enero/abril de 2026, incumpliendo lo establecido en el procedimiento MI-PR-3 Administración del Riesgo.21
- Riesgo de corrupción sin controles formulados, el riesgo identificado como “posibilidad de direccionamiento indebido, discrecional o sesgado de orientaciones técnicas en la formulación de políticas públicas”, implementado desde el 19/12/2025, no contaba con controles formulados ni documentados a la fecha de la evaluación, pese a encontrarse formalmente registrado en el aplicativo institucional.

En atención a los resultados obtenidos, se espera que las dependencias responsables formulen e implementen oportunamente las acciones de mejora correspondientes, orientadas a subsanar las situaciones identificadas y fortalecer la gestión preventiva de los riesgos de corrupción. Lo anterior con el propósito de fortalecer la primera línea de defensa, reducir la probabilidad de materialización de los riesgos de gestión y de 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 2026, se tiene programada la Auditoría Interna basada en Riesgos al proceso de Direccionamiento Estratégico,

cuya ejecución está prevista para el mes de septiembre. Este ejercicio permitirá evaluar entre otros aspectos, la aplicación y efectividad de Política de Administración del Riesgo en la Entidad.

Finalmente, es importante señalar que los resultados relacionados con el componente Evaluación del Riesgo fueron igualmente considerados en la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno con corte al 31 de diciembre de 2025, en la cual dicho componente alcanzó un nivel de cumplimiento del 88,%, evidenciando avances en la implementación de los lineamientos institucionales de gestión del riesgo y en el fortalecimiento de las actividades de control asociadas a su administración.

Auditorías Basadas en Riesgos

La Oficina de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer) presentó para aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en sesión realizada el 11 de diciembre de 2025, el **Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2026**, el cual fue aprobado por dicha instancia. Posteriormente, en sesión del CICCI celebrada el 26 de marzo de 2026, según consta en el Acta No. 1 de 2026, se presentó una propuesta de modificación al citado plan, la cual fue revisada y aprobada por los integrantes del Comité.

La versión vigente del Plan Anual de Auditoría contempla la ejecución de **seis (6) Auditorías Internas Basadas en Riesgos (ABR)**, definidas a partir del ejercicio de priorización realizado por la Jefatura de la Oficina de Control Interno, considerando criterios relacionados con el nivel de exposición al riesgo, la materialidad de los procesos, los resultados de evaluaciones previas, la relevancia estratégica y el impacto institucional. Estas auditorías se encuentran orientadas a evaluar la eficacia de los controles y la gestión de riesgos en los siguientes procesos de la Entidad:

1. Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres.
2. Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres.
3. Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres.
4. Direccionamiento Estratégico.
5. Relacionamiento con la Ciudadanía.
6. Gestión Contractual.

A la fecha de corte, 30 junio de 2026, se ha completado el 33% de estas auditorías, correspondientes a los procesos de Relacionamiento con la Ciudadanía y Gestión Contractual. 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, primer semestre vigencia 2026.

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
Relacionamiento con la Ciudadanía	Informe comunicado mediante memorando de ORFEO No. 3-2026-000822 del 29-04-2026	▪ Controles con seguimiento cuatrimestral y asignación de responsable para ejecución y seguimiento. ▪ Controles documentos conforma a lineamientos del DAFP. ▪ Seguimiento a la atención de PQRSDF. ▪ Publicación de informes de PQRS mensuales. ▪ Cumplimiento de lineamientos relacionados con defensora ciudadana de la SDMujer. ▪ Aplicación del procedimiento encuesta de satisfacción. ▪ Aplicación del procedimiento caracterización de usuarios/as y grupos de valor. ▪ Evaluación de la gestión de requerimientos de entes de control. ▪ Verificación de la implementación del Modelo Distrital de Relacionamiento con la Ciudadanía. ▪ Evaluación de la efectividad de planes de mejoramiento. ▪ Emisión de recomendaciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.	▪ Fortalecer la documentación de riesgos institucionales. ▪ Mejorar la oportunidad en la ejecución de controles. ▪ Optimizar la calidad de los registros en los sistemas de información. ▪ Fortalecer la trazabilidad documental. ▪ Mejorar la oportunidad en la atención de requerimientos. ▪ Estandarizar lineamientos para la gestión de PQRSDF. ▪ Fortalecer el monitoreo y seguimiento institucional. ▪ Mejorar la calidad de la información publicada. ▪ Consolidar mecanismos de evaluación de canales de atención. ▪ Fortalecer los controles documentales y de notificación.
Gestión contractual	Informe comunicado mediante memorando de ORFEO No. 3-2026-	▪ Registro previo de los contratos auditados en el Plan Anual de Adquisiciones – Línea PAABS. ▪ Completitud documental en la	▪ Publicación Extemporánea del Plan Anual de Adquisiciones en la página web de la entidad. ▪ Desarticulación en la actualización y publicación del

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
	000823 del 30-04-2026	planeación etapa precontractual y Estudios Previos de acuerdo con lineamientos normativos en Contratos de Prestación de Servicios. - Expedición del Acto Administrativo que justifica la contratación directa. - Convocatoria a las Veedurías Ciudadanas. - Porcentaje máximo legal en Modificaciones-Adiciones contractuales (50%). - Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de contratistas por prestación de servicios. - Reporte Novedades en Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de contratistas por prestación de servicios. - Disposiciones de la Ley 996 de 2005 (Ley de Garantías Electorales). - Constitución Pólizas Cumplimiento para Amparo Contratos. - Exigencia Garantía de Seriedad de la Oferta. - Cargue de Pólizas Actualizadas en SECOP II tras modificaciones Contractuales. - Autorización expresa para la suscripción de contratos con objeto idéntico. - Publicación Oportuna de Documentos Contractuales en SECOP II en Contratos de Arrendamiento.	PAA entre el SECOP II y la página web institucional - Publicación extemporánea de documentos y actos administrativos de los procesos de contratación en el SECOP II. - Inexistencia Designación Miembros Comité Evaluador en SECOP II. - Inexistencia en la trazabilidad documental de los soportes técnicos e informes de supervisión que respaldan los pagos No. 2 y No. 3 del Contrato de Consultoría No. 1011 de 2025. - Inobservancia lineamientos internos para proceso trámite cuenta de cobro en contratos de Prestación de Servicios Profesionales vigencia 2025. - Inobservancia de los Plazos de Convocatoria para Sesiones Ordinarias del Comité de Contratación". - Observancia del Orden de Actividades en el Proceso de Gestión Contractual "Legalización y Ejecución de Contratos" (GC-PR-11. V.08) en contratos vigencia 2025". - Registros Múltiples de Líneas de Contratación en el Plan Anual de Adquisiciones de Bienes y Servicios PAABS 2025 y 2026. - Deficiencias en la documentación y soporte de actividades del proceso de Gestión Contractual. - Vacío procedimental en la legalización y ejecución contractual derivado de la restricción de alcance del GC-PR-11 y ausencia de

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
			diferenciación por tipología contractual. ▪ Debilidad en la trazabilidad y soporte documental de las decisiones del comité de contratación en SECOP II. ▪ Socialización Lineamientos para Trámite de Pagos para contratistas y proveedores SDMujer. ▪ Necesidad de optimización en la programación de sesiones del Comité de Contratación para reforzar el principio de Planeación. ▪ Deficiencias en el diseño y estructuración de controles en la gestión de riesgos. ▪ Desactualización normativa del Manual de Contratación.
Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres.	Programada para el 31 de julio de 2026, según PAA.		
Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres	Programada para junio, según PAA. Con retraso en los tiempos por situaciones administrativas.		
Direccionamiento Estratégico.	Programada para el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 15 de noviembre de 2026, según PAA.		
Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres.	Programada para el 31 de octubre de 2026, según PAA.		

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con los avances del PAA, vigencia 2026."

Adicionalmente, al analizar de manera conjunta los resultados de las dos auditorías culminadas, se observan aspectos por mejorar recurrentes entre ambos procesos, particularmente en lo relacionado con la trazabilidad y calidad de los soportes documentales y con la oportunidad en el registro, cargue o publicación de la información en los sistemas correspondientes (LUCHA, SECOP II). Esta coincidencia sugiere que estas debilidades podrían no ser exclusivas de un proceso en particular, sino que podrían responder a causas transversales relacionadas con la cultura de documentación y de gestión oportuna de la información en la Entidad.

Asesoría y Acompañamiento

Durante la vigencia 2026, la Oficina de Control Interno ha desarrollado siete (7) actividades de asesoría y acompañamiento, en cumplimiento del rol asignado mediante el Decreto 648 de 2017. Estas actividades corresponden a mesas de trabajo de asesoría para la formulación de planes de mejoramiento externos, adelantadas con ocasión del informe de Auditoría Financiera de la Contraloría de Bogotá, código 37 de 2026, y desarrolladas con las siguientes dependencias y procesos:

- Dirección Administrativa y Financiera, el 22/06/2026.
- Proceso de Gestión del Conocimiento, el 22/06/2026.
- Procesos de Gestión del Sistema Distrital del Cuidado y Gestión Contractual, el 24/06/2026.
- Procesos de Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres, y Gestión Contractual, el 24/06/2026.
- Proceso de Comunicación Estratégica, el 24/06/2026.
- Proceso de Gestión del Talento Humano, el 24/06/2026.
- Oficina Asesora de Planeación y proceso de Gestión Contractual, el 25/06/2026.

Con base en lo anterior, se evidencia el cumplimiento del rol de asesoría y acompañamiento asignado a la Oficina de Control Interno. En este sentido, la Oficina continuará ejerciendo esta función de manera activa, con el propósito de formular recomendaciones de enfoque preventivo que contribuyan al fortalecimiento de la estructura de control de la Entidad, con especial énfasis en aspectos como la gestión del riesgo y el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Fomento de la Cultura del Control

Las funciones de las Oficinas de Control Interno se centran, principalmente, en verificar que los controles asociados a la totalidad de las actividades de la organización se encuentren adecuadamente definidos, resulten apropiados y sean objeto de mejoramiento continuo, en concordancia con la evolución de la Entidad.

Para lograr este objetivo, resulta indispensable fomentar una cultura de control en toda la SdMujer que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, así como

de los planes, metas y objetivos establecidos, actuando la Oficina de Control Interno como instancia evaluadora del Sistema de Control Interno.

En este sentido, y en cumplimiento del rol asignado, la Oficina de Control Interno ha emprendido acciones orientadas a promover la cultura del control mediante una campaña interna de autocontrol, la cual fue divulgada el 23 de febrero y el 20 de abril de 2026 por parte de Gestión Documental, a través del correo institucional dirigido a los funcionarios y contratistas de la Entidad.

Imagen No. 2. Pieza Gráfica, OCI.



Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno.

Sin embargo, lo anterior, se evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo este tipo de ejercicios a lo largo de la vigencia. Si bien la Oficina de Control Interno ha realizado esfuerzos por adelantar campañas sobre la cultura del control.

Por lo anterior, se considera esencial diseñar un "Plan para el Fomento de la Cultura del Autocontrol" en la Secretaría Distrital de la Mujer. Dicho plan debe estar orientado a la elaboración y construcción de herramientas e instrumentos que permitan sensibilizar e interiorizar el ejercicio de autocontrol y autoevaluación en la totalidad de los servidores públicos y colaboradores de la Entidad. Su objetivo será proporcionar nociones básicas sobre el autocontrol, así como establecer pautas generales que orienten a los servidores de la SDMujer en la aplicación de técnicas de autoevaluación durante el ejercicio de sus funciones, como mecanismo efectivo para la

prevención de riesgos y el mejoramiento continuo de la gestión y los resultados institucionales, en cumplimiento de la misión, los objetivos, los planes y las metas de la Entidad.

Se recomienda que dicho Plan contemple, como mínimo:

- Cronograma de socialización periódica y no de carácter único o aislado que garantice la reiteración del mensaje a lo largo de la vigencia.
- Mecanismos de medición del impacto de las piezas comunicacionales (por ejemplo, encuestas de percepción o indicadores de apertura y lectura).
- Articulación con las demás dependencias de la Entidad, de manera que el fomento de la cultura del autocontrol no dependa exclusivamente de la gestión de la Oficina de Control Interno.

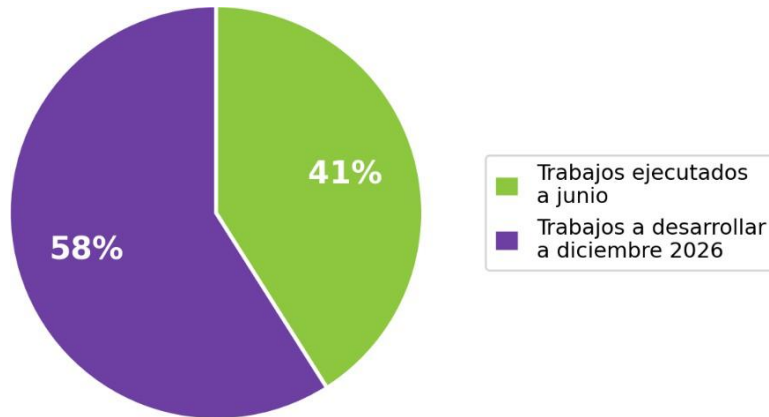
IV. Ejecución del Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI)

La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de desarrollar procesos de evaluación planeados, documentados, organizados y sistemáticos, enfocados en las metas estratégicas de gran alcance, los resultados esperados, las políticas, 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 2026, el cual se fundamenta en un ejercicio de priorización previo que contempló lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025, y en las Normas Globales de Auditoría Interna (NGAI), específicamente el Dominio III Gestión de la Función de Auditoría Interna, Norma 10.3 Planificación.

En cuanto a su ejecución, es pertinente señalar que durante la vigencia 2026 se han desarrollado dieciocho (18) trabajos de auditoría: catorce (14) auditorías de cumplimiento, dos (2) auditorías de seguimiento y dos (2) auditorías basadas en riesgos, lo cual representa un 41% de ejecución del Plan Anual de Auditoría propuesto para la presente vigencia.

Imagen No.3. Trabajos de auditoría ejecutados y próximos a desarrollar en 2026.



Fuente: Imagen generada con IA (Chatgpt), de acuerdo con seguimiento al Plan Anual de Auditoría- V2 vigencia 2026.

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 2026:

Tabla No.3. Trabajos de auditoría ejecutados en 2026.

Tipo de auditoría	Trabajo de auditoría desarrollado
Auditorías de Cumplimiento (AC)	- Evaluación Independiente SCI II Semestre 2025. - Auditoría de Cumplimiento Evaluación de Gestión por Dependencias - Auditoría Interna de seguimiento Planes de Mejoramiento externos e internos. - Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación y seguimiento a metas priorizadas Plan de Desarrollo Distrital. - Auditoria de Cumplimiento: Normas en Materia de Derechos de Autor sobre Software - Auditoría Combinada AC7: Evaluación a la Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias del II semestre 2025, ABR5: Relacionamiento con la Ciudadanía y ECE2: Seguimiento a los requerimientos de entes de control externo. - Auditoria de Cumplimiento AC14 y Auditoría Basada en Riesgos ABR6 - Gestión Contractual. 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 2025.) - Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025. - Auditoría de Cumplimiento: Austeridad en el Gasto Público, IV Trimestre 2025. - Auditoría Seguimiento Gestión de Trámites – OPAs (SUIT). - FURAG 2025.
Auditorías de seguimiento (AS)	- Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscritos con Entes de Control externos corte 31 diciembre 2025 – 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)	- ABR5: Relacionamiento con la Ciudadanía - ABR6: Gestión Contractual

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información del PAA 2026.

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 los tiempos 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

- Gestionar ante la Alta Dirección y la Dirección de Talento Humano el fortalecimiento del equipo de la Oficina de Control Interno, mediante la vinculación oportuna de contratistas al inicio de cada vigencia, con el fin de evitar los retrasos generados por las demoras en los procesos de contratación, así como evaluar la posibilidad de ampliar el personal de apoyo asignado a la Oficina para el desarrollo de sus labores.
- Verificar, previo al inicio de cada auditoría, la disponibilidad y el funcionamiento de las plataformas institucionales requeridas para el cargue y comunicación de los informes, dado que estas pueden presentar fallas o no encontrarse disponibles, como ocurrió con la plataforma dispuesta para el seguimiento a la gestión de trámites OPA (SUIT), que no estuvo habilitada en mayo de 2026. Lo anterior, con el fin de prevenir atrasos originados en causas ajenas a la gestión propia del equipo auditor o, de ser el caso, solicitar oportunamente la modificación del Plan Anual de Auditoría, de manera que se dé cumplimiento a lo programado, previendo las posibles situaciones que puedan presentarse.
- Documentar las lecciones aprendidas de los atrasos identificados durante 2026 (carga laboral, rotación de personal, disponibilidad de plataformas) como insumo para la formulación del PAA de la vigencia 2027, de manera que estos riesgos ya identificados se gestionen de forma preventiva y no se repitan.

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 por la OCI durante la vigencia 2026, mediante la formalización del Manual de Auditoría Interna, identificado en el aplicativo LUCHA bajo el código EIG-MA-3 Manual de Auditoría Interna, versión 1, con fecha de implementación del 5 de abril de 2026. Este manual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en sesión celebrada el 26 de marzo de 2026, y posteriormente cargado en Lucha el 28 de mayo de 2026, tras trabajo articulado con OAP.

Con el fin de 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 disponibles para su consulta, buscando garantizar que las reglas de conducta establecidas para el ejercicio de la función auditora sean de conocimiento común entre los procesos auditados.

Asimismo, en el marco de las auditorías desarrolladas durante la vigencia 2026, se aplicó el formato SEC-FO-12 "Declaración de Conflicto de Interés y Confidencialidad, Auditores Internos", versión 1. Este control permite que cada auditor de la Oficina de Control Interno declare la existencia o inexistencia de conflictos de interés relacionados con el proceso, la dependencia o la temática objeto de auditoría, lo cual contribuye a identificar oportunamente situaciones que puedan afectar la objetividad del ejercicio auditor y facilita la adopción de las decisiones pertinentes respecto de las responsabilidades asignadas al 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 2026, se aplicó el formato SEC-FO-01 "Carta de Representación" versión 4, 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 actualizado por la OCI durante la vigencia 2026, mediante la formalización del Manual de Auditoría Interna, identificado en el aplicativo LUCHA bajo el código EIG-MA-3 Manual de Auditoría Interna, versión 1, con fecha de implementación del 5 de abril de 2026. Este manual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en sesión celebrada el 26 de marzo de 2026, y posteriormente cargado en Lucha el 28 de mayo de 2026, tras trabajo articulado con OAP.

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.

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

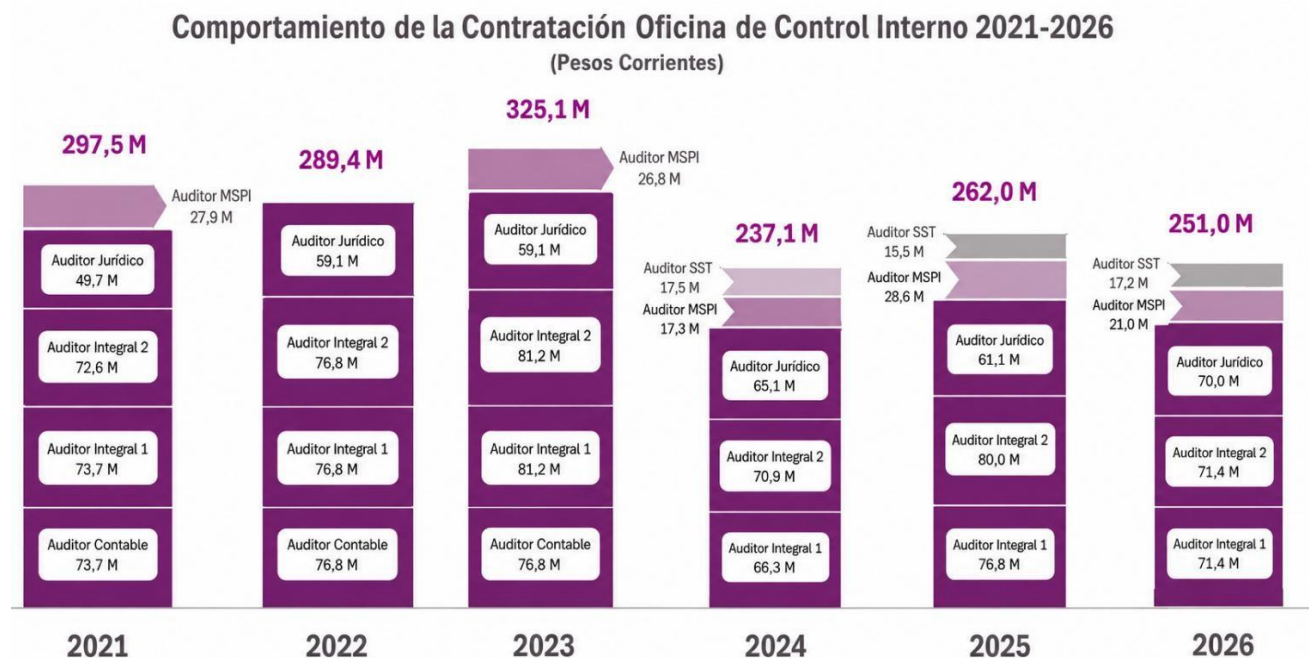
Durante el primer semestre de 2026, la Oficina de Control Interno no ha efectuado la evaluación de la Política de Administración del Riesgo de la Entidad; sin embargo, esta actividad se encuentra programada para desarrollarse en el marco de la ABR4: Direccionamiento Estratégico, prevista para el periodo comprendido entre el 15 de septiembre y el 15 de noviembre de 2026.

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

Entre las vigencias 2021 y 2026, la Oficina de Control Interno (OCI) ha registrado variaciones presupuestales asociadas a las decisiones de racionalización del gasto, la reorganización institucional y la incorporación de nuevas obligaciones normativas. El comportamiento histórico evidencia un punto máximo en 2023 con una asignación de \$325,1 millones, seguido de una reducción significativa en 2024 hasta \$237,1 millones, en el contexto del cambio de administración, los procesos de armonización presupuestal y la aplicación de medidas de austeridad.

Para la vigencia 2026 se proyecta una contratación por valor de \$251,0 millones, lo que representa una **disminución de aproximadamente el 4,2% frente a la vigencia 2025**, equivalente a \$11,0 millones. Esta reducción obedece principalmente a la necesidad de austeridad del gasto del Distrito. Es importante resaltar que, si bien el presupuesto refleja un escenario de austeridad, la estructura propuesta busca garantizar la ejecución del Plan Anual de Auditoría y el cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina.

Imagen No. 3. Contratación OCI, 2021-2026.



Fuente: Imagen generada con IA (Chatgpt), de acuerdo con recursos asignados a la OCI.

En este contexto presupuestal, la Oficina de Control Interno priorizó la conformación de un equipo técnico integrado por cinco contratistas de prestación de servicios: dos auditores con perfil integral, un auditor jurídico, un auditor especializado en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y un auditor para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Para la vigencia 2026 no se contempló la contratación de un auditor contable, debido a la priorización de perfiles orientados al fortalecimiento de las funciones estratégicas, la gestión de riesgos, el cumplimiento normativo y las auditorías especializadas.

Los honorarios asociados a cada perfil se definieron conforme a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de la Mujer y la Administración Distrital, garantizando criterios de austeridad, eficiencia y coherencia con las responsabilidades asignadas a cada profesional.

La estructura del equipo responde a la necesidad de garantizar el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Internas y de atender las obligaciones establecidas en el marco normativo aplicable al Sistema de Control Interno. Entre estas se destacan la evaluación independiente del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con el artículo 2.2.4.6.29 del Decreto 1072 de 2015; la evaluación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de la Resolución 500 de 2021; la verificación de la gestión de riesgos institucionales; el seguimiento a planes de mejoramiento; y las auditorías de cumplimiento, gestión y desempeño previstas en el Plan Anual de Auditorías.

Con esta estructura se busca dar cumplimiento, entre otros, a los siguientes propósitos institucionales:

- Ejecutar el 100 % de las auditorías programadas en el Plan Anual de Auditoría Interna.
- Fortalecer el cierre de brechas identificadas en el Índice de Desempeño Institucional (FURAG), mediante la formulación y seguimiento de acciones de mejora.
- Contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la mejora continua de los procesos institucionales.
- Aportar al cumplimiento de las metas institucionales relacionadas con la transparencia, la gestión del riesgo, la eficiencia administrativa y la generación de valor público.
- En un escenario de recursos limitados, la Oficina de Control Interno orientará su gestión hacia la optimización del impacto institucional mediante las siguientes estrategias:
- Priorización de auditorías sobre procesos estratégicos, misionales y de mayor exposición al riesgo.
- Ejecución de auditorías integrales con enfoque basado en riesgos y generación de valor.
- Fortalecimiento de las evaluaciones especializadas en seguridad de la información y seguridad y salud en el trabajo, atendiendo las obligaciones legales vigentes.
- Optimización del talento humano disponible, promoviendo la articulación entre auditorías y evitando duplicidad de esfuerzos.

Este enfoque permite que, aun bajo condiciones de restricción presupuestal, la Oficina de Control Interno continúe ejerciendo su función de evaluación independiente, fortaleciendo la toma de decisiones de la Alta Dirección, promoviendo la mejora continua y contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales.

VIII. Conclusiones

Cumplimiento de roles de la OCI. Durante el primer semestre de 2026, la Oficina de Control Interno dio cumplimiento a sus roles normativos: evaluación y seguimiento, asesoría y acompañamiento, y fomento de la cultura del control, evidenciando un desempeño articulado con las tres líneas de la Entidad.

Sin embargo, persisten debilidades transversales en la gestión de riesgos institucionales, particularmente en los componentes "Actividades de Control" y "Actividades de Monitoreo" del MECI, que concentran la mayor proporción de incumplimientos (59% y 29%, respectivamente) y de oportunidades de mejora (39% y 30%) identificados durante la vigencia 2026.

Ejecución del Plan Anual de Auditoría (PAA). A la fecha de corte del presente informe, el PAA 2026 registra un avance del 41%, con dieciocho (18) trabajos de auditoría desarrollados (2 auditorías internas basadas en riesgos, 2 auditorías de seguimiento, 14 auditorías de cumplimiento), y, se identificaron desviaciones en los tiempos programados para seis (6) informes, originadas principalmente en los siguientes factores:

- La capacidad operativa de la Oficina resulta baja frente al volumen de trabajos programados. Actualmente, la Oficina cuenta con cuatro (4) profesionales: tres (3) contratistas y una (1) funcionaria, para la ejecución de la totalidad del PAA, lo cual constituye una de las principales causas de los atrasos en la publicación de informes.
- Fallas en la disponibilidad de las plataformas institucionales requeridas para el cargue de información relacionada con las Auditorías Internas de Cumplimiento, como ocurrió con la plataforma SUIT.
- La dependencia del cumplimiento de los tiempos con que los procesos y dependencias auditados suministran la información requerida para el desarrollo de las auditorías.

Marco ético y normativo de la función auditora. La Oficina actualizó y formalizó, durante la vigencia 2026, sus instrumentos rectores relacionados con: Código de Ética, Estatuto de Auditoría y Manual de Auditoría Interna (EIG-MA-3, versión 1), aprobados por el CICCI el 26 de marzo de 2026. Asimismo, se evidenció que se aplicó de manera consistente los formatos de Declaración de Conflicto de Interés (SEC-FO-12) y Carta de Representación (SEC-FO-01) en el desarrollo de sus auditorías, lo cual deja en evidencia un adecuado nivel de cumplimiento en este componente.

Política de Administración del Riesgo. A la fecha, la Oficina no ha efectuado la evaluación de la Política de Administración del Riesgo de la Entidad. Esta actividad se encuentra programada para desarrollarse en el marco de la Auditoría Interna Basada en Riesgos ABR4: Direccionamiento Estratégico, entre el 15 de septiembre y el 15 de noviembre de 2026, por lo que su verificación queda pendiente para el segundo semestre de la vigencia.

Necesidad de recursos OCI. Se considera necesario mantener y fortalecer la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno mediante la asignación de recursos acordes con la complejidad de sus funciones y las exigencias de la normatividad vigente. Contar con un equipo técnico suficiente y especializado es un factor indispensable para garantizar una evaluación independiente, objetiva y oportuna, que permite contribuir a la gestión del riesgo, fortalecer el Sistema de Control Interno y cumplir las metas institucionales de la Secretaría Distrital de la Mujer.

Julio de 2026
Oficina de Control Interno