**Auditoría Combinada AC1: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional, AC5: Evaluación y Seguimiento a Metas Priorizadas Plan de Desarrollo Distrital, ABR4: Direccionamiento Estratégico**

*(Informe Final)*

## TABLA DE CONTENIDO


**1. DESCRIPCIÓN GENERAL ..... 4**

*1.1. Criterios de Auditoría ..... 4*

*1.2. Metodología ..... 6*

**2. LIMITACIONES ..... 8**

**3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA ..... 8**

*3.1. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES ..... 11*

3.1.1. Seguimiento Cuatrimestral y Verificación de la Ejecución de Controles ..... 11

3.1.1.1. Incumplimiento (I-01-OAP-2026): Reportes de seguimiento a riesgos institucionales por fuera de los plazos establecidos. ..... 13

3.1.1.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 15

3.1.1.2. Oportunidad de Mejora (OM-01-OAP-2026): Debilidades en el diligenciamiento y validación de los instrumentos de monitoreo de riesgos Formato MI-FO-26. ..... 16

3.1.1.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 21

3.1.1.3. Oportunidad de mejora (OM-02-OAP-2026): Debilidades en el registro y trazabilidad de las evidencias de ejecución y seguimiento del control ID 5889 en la plataforma LUCHA. ..... 22

3.1.1.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 23

3.1.1.4. Incumplimiento (I-02-OAP-2026): Cargue Inoportuno de las evidencias de ejecución de los controles en la periodicidad establecida. ..... 25

3.1.1.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 27

3.1.1.5. Oportunidad de Mejora (OM-03-OAP-2026): Debilidades en la oportunidad, organización y trazabilidad de las evidencias de ejecución de los controles en LUCHA ..... 28

3.1.1.5.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 31

3.1.1.6. Incumplimiento (I-03-OAP-2026): El control no se ejecuta en su totalidad conforme a su descripción ..... 33

3.1.1.6.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 45

3.1.2. Política de Administración del Riesgo de la SdMujer ..... 47

3.1.2.1. Cumplimiento (C): Liderazgo y compromiso de la Alta Dirección ..... 47

Procesos/ Dependencias asociadas: Oficina Asesora de Planeación. ..... 47

3.1.2.2. Cumplimiento (C): Consideraciones generales para la formulación de la política ..... 47

3.1.2.3. Cumplimiento (C): Objetivo de la política orientado a la gestión integral de riesgos ..... 47

3.1.2.4. Cumplimiento (C): Definición del alcance de la política de administración del riesgo en la SdMujer 48

3.1.2.5. Cumplimiento (C): Análisis del contexto interno y externo de la Entidad ..... 48

3.1.2.6. Cumplimiento (C): Niveles de responsabilidad (Esquema de Líneas) ..... 48

3.1.2.7. Cumplimiento(C): Definición del rol de la Oficina de Control Interno ..... 48

3.1.2.8. Cumplimiento(C): Esquema metodológico de la Política de Administración del Riesgo ..... 49

3.1.2.9. Cumplimiento(C): Definición del apetito del riesgo (Aspectos mínimos requeridos) ..... 49

3.1.2.10. Cumplimiento (C): Socialización y aprobación del apetito del riesgo por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno ..... 49
3.1.2.11. Cumplimiento (C): Divulgación, trazabilidad y actualización de la Política de Administración del Riesgo ..... 50
3.1.3. Avance del Proceso de Actualización de los Riesgos Institucionales Frente al Cronograma de Trabajo Establecido ..... 50
3.1.3.1. Cumplimiento (C): Ejecución de las actividades de la Fase 1 “Alistamiento y diagnóstico” del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026. ..... 51
3.1.3.2. Instrumentos metodológicos para la gestión del riesgo pendientes de aprobación. ..... 52
3.1.3.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 52
3.1.3.3. Oportunidad de mejora (OM-05-OAP-2026): Documentación de las mesas de trabajo para la actualización de los riesgos institucionales. ..... 53
3.1.3.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 57
3.1.3.4. Cumplimiento (C): Avance en la ejecución de las actividades de la Fase 4 “Socialización y capacitación metodológica”. ..... 58

*3.2. Análisis de la Guía DE-GU-4 “Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional” ..... 60*
3.2.1. Aplicación de los lineamientos metodológicos para la formulación, seguimiento, evaluación y control del Plan Estratégico Institucional, conforme a la Guía DE-GU-4, versión 1. ..... 60
3.2.1.1. Cumplimiento (C): Plan Estratégico institucional para responder el ¿Qué? ..... 60
3.2.1.2. Cumplimiento (C): Formulación y articulación misión, visión, principios y valores éticos ..... 61
3.2.1.3. Oportunidad de Mejora (OM-06-OAP-2026): Metodología de planeación (¿cómo?) ..... 63
3.2.1.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 65
3.2.1.4. Oportunidad de Mejora (OM-07-OAP-2026): Fortalecimiento de la formulación de los objetivos estratégicos institucionales conforme a los criterios de medición y temporalidad. ..... 66
3.2.1.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 67
3.2.1.5. Cumplimiento (C): Articulación de las dimensiones MIPG, las políticas de gestión y desempeño institucional y la gestión por procesos ..... 69
3.2.1.6. Cumplimiento(C): Gestión por procesos en la SdMujer. ..... 70
3.2.1.7. Oportunidad de mejora (OM-08-OAP-2026): Construcción de indicadores de gestión en los procesos de la SdMujer ..... 71
3.2.1.7.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 72
3.2.1.8. Cumplimiento (C): Roles y responsabilidades de las líneas de aseguramiento. ..... 73
3.2.1.9. Cumplimiento (C): Publicación del Plan de Acción Institucional para la vigencia 2026. ..... 74
3.2.1.10. Oportunidad de mejora (OM-09-OAP-2026): Inoportunidad en la publicación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) en la página web de la SdMujer. ..... 74
3.2.1.10.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 78
3.2.1.11. Cumplimiento (C): Plan de Acción Institucional como instrumento de registro y seguimiento. 79
3.2.1.12. Cumplimiento (C): Cronograma establecido en los "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1)" 80

*3.3. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA DE-GU-3 Y DEL AVANCE DE LAS METAS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN ..... 80*
3.3.1. Cumplimiento (C): Presentación y aprobación de los planes de acción de los proyectos de inversión para la vigencia 2026. ..... 82
3.3.2. Incumplimiento (I-04-OAP-2026): Debilidades en la publicación oportuna del seguimiento a los planes de acción de los proyectos de inversión ..... 82

3.3.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 84
3.3.3. Oportunidad de mejora (OM-11-OAP-2026): Oportunidad en la publicación de los reportes de seguimiento trimestral generados por SEGPLAN. ..... 85
3.3.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 87
3.3.4. Oportunidad de mejora (OM-10-OAP-2026): Diligenciamiento incompleto de la programación del plan de acción del proyecto de inversión 8200 ..... 89
3.3.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación ..... 89
3.3.5. Cumplimiento (C): Publicación de las fichas EBI-D actualizadas de los proyectos de inversión 90

**4. CONCLUSIONES ..... 93**

**5. RECOMENDACIONES ..... 95**

**6. PLAN DE MEJORAMIENTO ..... 96**

*6.1. EVALUACIÓN EFECTIVIDAD PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS. ..... 96*

**7. ANEXOS ..... 97**

**8. FIRMAS ..... 98**

## 1. DESCRIPCIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| **VIGENCIA** | Vigencia 2026 |
| **TITULO DE LA AUDITORÍA** | Auditoría Combinada AC1: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional, AC5: Evaluación y Seguimiento a Metas Priorizadas Plan de Desarrollo Distrital, ABR4: Direccionamiento Estratégico. |
| **TIPO DE AUDITORÍA** | Auditoría Interna de Cumplimiento<br>Auditoría Interna Basada en Riesgos |
| **UNIDAD (ES) AUDITADABLE(S)** | Proceso Direccionamiento Estratégico<br>Proceso Mejoramiento Institucional |
| **RESPONSABLE (S)** | Oficina Asesora de Planeación |
| **OBJETIVO** | Verificar la operación del proceso de Direccionamiento Estratégico, de conformidad con los lineamientos internos de la entidad y los establecidos en la segunda dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), denominada Direccionamiento Estratégico y Planeación. Asimismo, evaluar la gestión de los riesgos institucionales y el avance físico y presupuestal de las metas priorizadas del Plan Distrital de Desarrollo a cargo de la Secretaría Distrital de la Mujer. |
| **ALCANCE** | Vigencia 2026, con corte a 30 de septiembre de 2026. |
| **PERIODO DE EJECUCIÓN** | Del 13 al 27 de octubre de 2026 |
| **EQUIPO AUDITOR**[1] | Auditora líder: Karol Mishelld Tausa García<br>Auditora Interna: Anyi Paola Castillo Avendaño<br>Auditora Interna: Tatiana González Cadavid |

### *1.1. Criterios de Auditoría*

- Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones", artículo 2: objetivos del

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

Sistema de Control Interno.

- Ley 1474 de 2011, *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."* Artículo 74: publicación del plan de acción.
- Ley No. 2195 de 2022. Art. 31, que modifica el art. 73 de la Ley 1474 de 2011: Programas de Transparencia y Ética Pública, identificación, medición, control y monitoreo de riesgos de corrupción.
- Ley 1712 de 2014, art. 9, *"Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado "b) Su presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y planes de gasto público para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011;"*
- Resolución MinTIC 1519 de 2020. Art. 4 y Anexo 2, numerales 4.3, 4.7 y 4.8: publicación de planes de acción, informes de gestión, evaluación, auditoría y control interno.
- Decreto 1083 de 2015 (mayo 26) "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública"., Título 21, Sistema De Control Interno.
- Decreto 1499 de 2017 (septiembre 11) "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"
- Decreto Distrital 221 de 2023. Arts. 1 y 2: Sistema de Gestión y articulación con MIPG. Arts. 24 a 27: responsabilidades, implementación y evaluación del Sistema de Control Interno.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, versión 6.1 vigencia 2026 y 7, 2026, Departamento Administrativo de la Función Pública. 2.ª Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación, políticas de Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, y Compras y Contratación Pública.
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 de 2025, Departamento Administrativo de la Función Pública. Punto 2.3 Política para la gestión integral de riesgos, Punto 3.8 Estructura para la Descripción del Control, Evidencia, Ejecución.
- Acuerdo Distrital 927 de 2024, por medio del cual se adopta el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 "Bogotá Camina Segura".
- Plan Estratégico Institucional de la Secretaría Distrital de la Mujer.
- Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico (DE-CA-0, versión 08 del 18/11/2025) y documentos asociados al proceso, publicados en el Sistema Integrado de Gestión:
  DE-PR-5 Procedimiento Formulación Proyectos de Inversión. Versión 4
  DE-PR-6 Formular el proyecto presupuestal de inversión anual. Versión 5
  DE-PR-24 Procedimiento Programación, Actualización y Seguimiento de los Planes de Acción de Proyectos de Inversión. Versión 1.
  DE-GU-3 Guía para la Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión, versión 3.
  DE-GU-4 Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional, versión 1.
- Proyectos de inversión de la vigencia 2026 y sus correspondientes modificaciones.

- Caracterización del Proceso Mejoramiento Institucional (MI-CA-0, Versión 3 del 14/08/2025) y documentos asociados al proceso, publicados en el Sistema Integrado de Gestión:
  MI-PR-3 – Procedimiento Administración del Riesgo. (Versión 11 del 15/10/2026)
  MI-PR-7 - Mejora Continua (versión 3 del 28/11/2025)
  MI-PLT-2 - Política Administración del Riesgo (versión 11 del 30/09/2026)

## *1.2. Metodología*

La Auditoría Interna se desarrolló con un enfoque basado en riesgos, conforme a la *Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas*, versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública y a las Normas Globales de Auditoría Interna. Se aplicaron pruebas de escritorio orientadas al análisis documental, a la verificación de la información reportada y a la evaluación del cumplimiento de los lineamientos normativos, guías y procedimentales vigentes.

La auditoría comprendió las siguientes fases:

Planeación. Conocimiento del proceso a partir de su caracterización, procedimientos, guías y documentos internos disponibles en la plataforma Pandora; identificación de los riesgos y controles registrados en el sistema de gestión Lucha, teniendo en cuenta que, si bien Pandora es el actual sistema de información de la entidad, a la fecha de la consulta la información relacionada con la gestión de riesgos no había sido migrada y continuaba disponible en Lucha. Así mismo se realizó la definición de los criterios, el alcance y las pruebas de auditoría; y solicitud formal de información a los procesos auditados.

En esta fase se realizó la primera solicitud de información mediante memorando No. 2026-103-002513-3 del 30 de septiembre de 2026, atendida por la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando No. 2026-101-002551-3 del 6 de octubre de 2026. Posteriormente, se efectuó una segunda solicitud de información, comunicada mediante memorando No. 2026-103-002606-3 del 9 de octubre de 2026, atendida mediante memorando No. 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026.

Adicionalmente, se elaboraron los documentos de planeación de la auditoría: “Conocimiento de la Unidad Auditable” (EIG-FO-11), “Evaluación de Riesgos y Controles” (EIG-FO-10), “Carta de Compromiso y Plan de Trabajo” (EIG-FO-17) y “Programa de Auditoría” (EIG-FO-18), los cuales fueron revisados y aprobados por la Jefa de la Oficina de Control Interno.

Así mismo, el 14 de octubre de 2026 se llevó a cabo la reunión de apertura con la Oficina Asesora de Planeación, en la que se socializaron el objetivo, el alcance, el cronograma, el equipo auditor y los temas por evaluar.

Ejecución. Posteriormente, se inició la fase de ejecución, que comprendió la aplicación de las pruebas de auditoría definidas en la planeación, mediante la revisión y el análisis de la información y las evidencias suministradas por los procesos auditados, así como de las registradas en las plataformas institucionales. Las pruebas se desarrollaron conforme al cronograma establecido en el Programa de Auditoría.

En primer lugar, se verificó que los seguimientos cuatrimestrales a los riesgos del proceso se hubieran realizado dentro de los plazos establecidos y contaran con soportes suficientes y pertinentes. Asimismo, se verificó la ejecución efectiva de los controles a partir de los soportes registrados en Lucha, así como su aplicación conforme a la periodicidad prevista.

En seguida, se evaluó el avance del proceso de actualización de los riesgos institucionales frente al cronograma de trabajo establecido, y la Política de Administración de Riesgos de la entidad frente a los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, del Departamento Administrativo de la Función Pública. De igual manera, se compararon las magnitudes presupuestales programadas y ejecutadas de los proyectos de inversión de la vigencia 2026.

Respecto a la evaluación del avance físico y presupuestal de los proyectos de inversión se realizó la revisión de los reportes de seguimiento disponibles y de la información presupuestal programada y ejecutada para la vigencia 2026. Sin embargo, la verificación individual del cumplimiento de las sesenta y una (61) metas físicas asociadas a los trece (13) proyectos de inversión no fue objeto de pruebas detalladas, considerando que su evaluación requiere el análisis particular de cada meta, sus indicadores, magnitudes programadas y ejecutadas, así como la validación de los respectivos soportes de cumplimiento. En consecuencia, los resultados presentados corresponden al análisis de la información disponible y no una evaluación integral del cumplimiento físico de las metas.

Posteriormente, se verificó la aplicación de los lineamientos de la Guía DE-GU-4 “Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional” y de la Guía DE-GU-3 “Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión”.

Por último, respecto a la verificación de la efectividad se efectuó la revisión de la información contenida en los reportes de planes de mejoramiento cuyas acciones fueron cerradas en los últimos 4 meses o antes y se llevó a cabo pruebas frente a cada uno de éstos con el fin de validar la no persistencia de la causa raíz de los hallazgos.

Informe. Con base en los resultados de las pruebas aplicadas, se estructuró el informe preliminar, que consolidó los hallazgos de la auditoría y fue comunicado a los procesos auditados mediante memorando radicado en ORFEO No. 2026-103-003087-3 del 30 de octubre de 2026, para el ejercicio del derecho de réplica. Una vez recibidas y analizadas las réplicas presentadas por la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando No. 2026-101-003139-3 del 04 de noviembre de 2026,

se emitió el presente informe final, que incluye tanto las conformidades (cumplimientos) como las no conformidades (incumplimientos y oportunidades de mejora) identificadas.

## 2. LIMITACIONES

La presente auditoría no tuvo limitaciones que hayan impedido realizar el ejercicio de seguimiento y evaluación por parte del equipo auditor.

## 3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA

Resultados del análisis y verificación al estado de los procesos: Direccionamiento Estratégico y Mejoramiento Institucional, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, se presentan los siguientes hallazgos de auditoría:

***Tabla 1.*** *Resultados de Auditoría*

| Tipo de resultado | Cantidad | Referenciación | Proceso / Dependencia | Componente SCI |
|---|---|---|---|---|
| Cumplimientos | 23 | 3.1.2.1, 3.1.2.2, 3.1.2.3, 3.1.2.4, 3.1.2.5, 3.1.2.6, 3.1.2.7, 3.1.2.8, 3.1.2.9, 3.1.2.10, 3.1.2.11, 3.1.3.1, 3.1.3.4, 3.2.1.1, 3.2.1.2, 3.2.1.5, 3.2.1.6, 3.2.1.8, 3.2.1.9, 3.2.1.11, 3.2.1.12, 3.3.1, 3.3.5. | Oficina Asesora de Planeación | Todos los componentes |
| Incumplimientos | 4 | I-01-OAP-2026. Reportes de seguimiento a riesgos institucionales por fuera de los plazos establecidos. | **Proceso Auditado:** Mejoramiento Institucional<br>**Procesos Corresponsables:** Gestión de Talento Humano Relacionamiento con la Ciudadanía Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | C2. Evaluación de riesgo |
| | | I-02-OAP-2026. Cargue inoportuno de las evidencias de ejecución de los controles en la periodicidad establecida. | **Proceso Auditado:** Mejoramiento Institucional | C2. Evaluación de riesgo |

| Tipo de resultado | Cantidad | Referenciación | Proceso / Dependencia | Componente SCI |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Procesos Corresponsables:**<br>Gestión Disciplinaria<br>Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los derechos de las Mujeres<br>Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | |
| | | I-03-OAP-2026. El control no se ejecuta en su totalidad conforme a su descripción | **Proceso Auditado:**<br>Mejoramiento Institucional<br>**Procesos Corresponsables:**<br>Gestión de Talento Humano<br>Gestión Jurídica<br>Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres<br>Gestión Disciplinaria<br>Gestión Contractual<br>Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres<br>Gestión del Sistema Distrital de Cuidado<br>Relacionamiento con la Ciudadanía<br>Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital<br>Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres<br>Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los derechos de las Mujeres | C2. Evaluación de riesgo |
| | | I-04-OAP-2026: Debilidades en la publicación oportuna del seguimiento a los planes de acción de los proyectos de inversión | **Proceso Auditado:**<br>Direccionamiento Estratégico | C3. Actividades de Control |
| Oportunidades de Mejora | 10 | OM-01-OAP-2026. Debilidades en el diligenciamiento y validación de los instrumentos | **Proceso Auditado:**<br>Mejoramiento Institucional | C2. Evaluación de riesgo |

| Tipo de resultado | Cantidad | Referenciación | Proceso / Dependencia | Componente SCI |
|---|---|---|---|---|
| | | de monitoreo de riesgos, formato MI-FO-26. | | |
| | | OM-02-OAP-2026. Debilidades en el registro y trazabilidad de las evidencias de ejecución y seguimiento del control ID 5889 en LUCHA. | **Proceso Auditado:** Mejoramiento Institucional | C2. Evaluación de riesgo |
| | | OM-03-OAP-2026. Debilidades en la oportunidad, organización y trazabilidad de las evidencias de ejecución de los controles en LUCHA. | **Proceso Auditado:** Mejoramiento Institucional | C2. Evaluación de riesgo |
| | | OM-05-OAP-2026. Documentación de las mesas de trabajo para la actualización de los riesgos institucionales. | **Proceso Auditado:** Mejoramiento Institucional | C2. Evaluación de riesgo |
| | | OM-06-OAP-2026. Metodología de planeación (¿cómo?). | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C1. Ambiente de Control |
| | | OM-07-OAP-2026. Fortalecimiento de la formulación de los objetivos estratégicos institucionales conforme a los criterios de medición y temporalidad. | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C1. Ambiente de Control |
| | | OM-08-OAP-2026. Construcción de indicadores de gestión en los procesos de la SdMujer. | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C1. Ambiente de Control |
| | | OM-09-OAP-2026. Inoportunidad en la publicación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) en la página web de la SdMujer. | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C1. Ambiente de Control |
| | | OM-10-OAP-2026. Diligenciamiento incompleto de la programación del plan de acción del proyecto de inversión 8200. | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C3. Actividades de Control |

| Tipo de resultado | Cantidad | Referenciación | Proceso / Dependencia | Componente SCI |
|---|---|---|---|---|
| | | OM-11-OAP-2026: Oportunidad en la publicación de los reportes de seguimiento trimestral generados por SEGPLAN. | **Proceso Auditado:** Direccionamiento Estratégico | C3. Actividades de Control |
| **TOTAL:** | **37** | | | |

**Nota:** La oportunidad de mejora OM-04-OAP-2026 fue retirada del informe final como resultado del análisis de la réplica y la verificación de las acciones adelantadas por la Oficina Asesora de Planeación. Sin embargo, se conserva la numeración original de los demás hallazgos para garantizar su trazabilidad.

A continuación, se detallan los resultados anteriormente descritos.

## *3.1. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES*

En cumplimiento del objetivo de la presente auditoría, la Oficina de Control Interno evaluó la gestión de los riesgos institucionales de la Secretaría Distrital de la Mujer, con el propósito de verificar la realización de los seguimientos cuatrimestrales, la ejecución de los controles conforme a su descripción y periodicidad, y el avance del proceso de actualización de los riesgos institucionales frente al cronograma de trabajo establecido.

Como resultado del ejercicio auditor, se identificaron los siguientes resultados:

### *3.1.1. Seguimiento Cuatrimestral y Verificación de la Ejecución de Controles*

Para el desarrollo de este análisis se tomó como base la totalidad de los riesgos y controles de la entidad: cincuenta y ocho (58) riesgos, de los cuales cuarenta (40) son de gestión y dieciocho (18) de corrupción, con noventa y seis (96) controles asociados, cincuenta y nueve (59) a los riesgos de gestión y treinta y siete (37) a los de corrupción. La población incluye la totalidad de los controles registrados en la matriz de riesgos remitida por la Oficina Asesora de Planeación.

Con el fin de garantizar la confiabilidad de los resultados y la representatividad de la información analizada, se aplicó un muestreo estadístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, del cual se obtuvo una muestra de cuarenta y tres (43) controles. La muestra se distribuyó de manera proporcional entre las dos categorías: veintiséis (26) controles asociados a riesgos de gestión, y diecisiete (17) asociados a riesgos de corrupción.

La evaluación se efectuó con base en la información registrada y reportada por los procesos en el aplicativo LUCHA, y tuvo como criterios 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 entidad y el procedimiento MI-PR-3 Administración del Riesgo.

***Tabla 2.*** *Muestra de controles asociados a Gestión.*

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control |
|---|---|---|---|
| Gestión Financiera | Apoyo | 2123 | 5626 |
| Gestión Financiera | Apoyo | 2123 | 5628 |
| Gestión Financiera | Apoyo | 2124 | 5637 |
| Gestión Financiera | Apoyo | 2366 | 6256 |
| Gestión Financiera | Apoyo | 2366 | 6257 |
| Direccionamiento Estratégico | Estratégico | 2156 | 5712 |
| Direccionamiento Estratégico | Estratégico | 2156 | 6245 |
| Gestión de Talento Humano | Apoyo | 2151 | 5694 |
| Gestión de Talento Humano | Apoyo | 2222 | 5889 |
| Mejoramiento Institucional | Estratégico | 2157 | 5714 |
| Gestión Jurídica | Apoyo | 2164 | 5734 |
| Gestión de Conocimiento e Innovación | Estratégico | 2382 | 6319 |
| Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres | Misional | 2121 | 5616 |
| Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres | Misional | 2117 | 5603 |
| Gestión Disciplinaria | Evaluación | 2127 | 5646 |
| Gestión Contractual | Apoyo | 2155 | 5706 |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas | Misional | 2200 | 5839 |
| Generación y Apropiación de Conocimiento | Misional | 2228 | 5901 |
| Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres | Misional | 2253 | 5939 |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | Misional | 2378 | 6313 |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Estratégico | 2132 | 5664 |
| Comunicación Estratégica | Estratégico | 2147 | 5686 |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | Misional | 2173 | 5760 |
| Gestión de Políticas Públicas | Misional | 2174 | 5766 |
| Gestión Documental | Apoyo | 2248 | 5932 |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida | Misional | 2252 | 5937 |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con matriz de riesgos remitida por la Oficina Asesora de Planeación.

***Tabla 3.*** *Muestra de controles asociados a Corrupción.*

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control |
|---|---|---|---|
| Gestión Administrativa | Apoyo | 1934 | 5169 |
| Gestión Contractual | Apoyo | 1885 | 5038 |
| Direccionamiento Estratégico | Estratégico | 1951 | 5215 |
| Gestión Financiera | Apoyo | 1961 | 5239 |
| Gestión Disciplinaria | Evaluación | 1873 | 5010 |
| Gestión de Talento Humano | Apoyo | 1895 | 5054 |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas | Misional | 1876 | 6315 |
| Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres | Misional | 1991 | 5291 |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Estratégico | 1876 | 5019 |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida | Misional | 1876 | 5022 |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | Misional | 1876 | 5023 |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control |
|---|---|---|---|
| Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de los derechos de las Mujeres | Misional | 1876 | 5024 |
| Gestión Documental | Apoyo | 1906 | 5084 |
| Gestión Jurídica | Apoyo | 1916 | 5111 |
| Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres | Misional | 1959 | 5235 |
| Comunicación Estratégica | Estratégico | 2374 | 6304 |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | Misional | 2380 | 6318 |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con matriz de riesgos remitida por la Oficina Asesora de Planeación.

De los 43 requerimientos verificados por el equipo auditor, se evidenciaron los siguientes resultados:

## VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL A LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

Con el propósito de verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en el procedimiento MI-PR-3 Administración del Riesgo, versión 10, y la Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2, versión 11, se realizó la revisión de los registros de seguimiento cuatrimestral correspondientes al primer y segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, asociados a los riesgos de gestión y corrupción de los procesos institucionales evaluados.

La verificación se orientó a establecer la oportunidad de los reportes frente a los plazos establecidos, así como a identificar posibles desviaciones que puedan afectar el monitoreo, revisión y consolidación de la información.

### *3.1.1.1. Incumplimiento (I-01-OAP-2026): Reportes de seguimiento a riesgos institucionales por fuera de los plazos establecidos.*

**Condición**: De la revisión de los 43 controles asociados a riesgos de gestión y corrupción, se evidenció que, seis (6) casos en los que las fechas de seguimiento fueron posteriores al plazo máximo de cinco (5) días calendario siguientes al cierre de cada cuatrimestre, con diferencias que estuvieron entre uno (1) y seis (6) días calendario.
En particular, para el primer cuatrimestre, el plazo máximo de reporte correspondía al 5 de mayo de 2026, se identificaron cinco (5) registros posteriores a esta fecha, los cuales se detallan a continuación:

***Tabla 4.*** *Registros de seguimiento posteriores al plazo establecido, primer cuatrimestre de 2026.*

| Proceso | Tipo de riesgo | ID riesgo | ID control | Seguimiento | Retraso días |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestión de Talento Humano | Gestión | 2151 | 5694 | 06/05/2026 | 1 |
| Gestión de Talento Humano | Gestión | 2222 | 5889 | 06/05/2026 | 1 |
| Gestión de Talento Humano | Corrupción | 1895 | 5054 | 06/05/2026 | 1 |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Corrupción | 1876 | 5019 | 08/05/2026 | 3 |

| Proceso | Tipo de riesgo | ID riesgo | ID control | Seguimiento | Retraso días |
|---|---|---|---|---|---|
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | Corrupción | 2380 | 6318 | 11/05/2026 | 6 |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con reportes registrados en Lucha.

Para el segundo cuatrimestre, con fecha límite de reporte del 5 de septiembre de 2026, se identificó el siguiente registro.

***Tabla 5.*** *Registro de seguimiento posterior al plazo establecido, segundo cuatrimestre de 2026.*

| Proceso | Tipo de riesgo | ID riesgo | ID control | Seguimiento II | Retraso días |
|---|---|---|---|---|---|
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Corrupción | 1876 | 5019 | 10/09/2026 | 5 |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con reportes registrados en Lucha.

En este sentido, aunque se evidencia la realización de actividades de seguimiento por parte de los procesos, las diferencias identificadas hacen necesario fortalecer las acciones preventivas y los mecanismos de control que permitan asegurar la oportunidad de los registros, prevenir retrasos y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la primera y segunda línea de aseguramiento

**Criterios**: Procedimiento MI-PR-3 «Administración del Riesgo», versión 10**.**

Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.
Actividad 9. Reportar monitoreo a riesgos. Realizar reporte cuatrimestral de monitoreo de riesgos de la primera línea a través de la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 14: Realizar el cargue del formato de reporte cuatrimestral de riesgos en la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 15: realizar seguimiento y verificar el reporte de monitoreo de riesgos efectuado por los procesos.

Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2, versión 11, numeral 16.1. Establece que las lideresas y los líderes de proceso disponen de cinco (5) días calendario posteriores al cierre de cada cuatrimestre para cargar la información y las evidencias correspondientes, y que la Oficina Asesora de Planeación cuenta con quince (15) días para su revisión, validación y consolidación.

**Causa**: Posibles debilidades en los mecanismos de programación, seguimiento y control de los plazos establecidos para el reporte cuatrimestral de riesgos, así como en la implementación de alertas preventivas que permitan a los responsables realizar oportunamente el registro de la información. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto**: Riesgo de retrasos en la disponibilidad de información para la revisión, validación y consolidación por parte de la Oficina Asesora de Planeación, lo que podría afectar la oportunidad del monitoreo institucional y la identificación de situaciones que requieran acciones de tratamiento o mejora.

#### 3.1.1.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"Frente al incumplimiento identificado, la Oficina Asesora de Planeación (OAP), en ejercicio de sus responsabilidades como segunda línea de defensa, considera pertinente precisar que durante la vigencia 2026 ha desarrollado actividades de acompañamiento, seguimiento y verificación de la gestión de riesgos institucionales, orientadas a promover el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la política de administración del riesgo y el procedimiento institucional correspondiente.*
> *En este sentido, la OAP realizó el seguimiento a la gestión integral de riesgos durante el primer y segundo cuatrimestre de 2026, cuyos resultados fueron consolidados en los respectivos informes institucionales. Estos instrumentos permiten identificar situaciones que requieren atención por parte de los procesos, formular recomendaciones y generar alertas orientadas al fortalecimiento de la gestión de riesgos.*
> *Es importante señalar que, conforme al esquema de líneas de defensa, corresponde a las lideresas y los líderes de proceso, como primera línea, efectuar el monitoreo de los riesgos y reportar oportunamente la información y las evidencias correspondientes, mientras que la OAP realiza actividades de seguimiento, revisión y consolidación de la información reportada.*
> *Por lo anterior, si bien se reconocen las situaciones de extemporaneidad identificadas por la oficina de control interno, se solicita considerar las gestiones de seguimiento adelantadas por la OAP y las responsabilidades diferenciadas de las líneas de defensa. Asimismo, se continuará fortaleciendo la comunicación de los plazos, las alertas preventivas y el seguimiento a los procesos, con el propósito de promover la oportunidad de los reportes institucionales.*
> *Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP menciona las actividades de acompañamiento, orientación y seguimiento desarrolladas durante la vigencia 2026 para fortalecer la gestión de riesgos institucionales. Sin embargo, en su réplica reconoce *"las situaciones de extemporaneidad identificadas por la Oficina de Control Interno",* y los soportes aportados, aunque evidencian las gestiones realizadas, no permiten desvirtuar la condición identificada en el presente hallazgo.

Al respecto, es importante señalar que la SdMujer opera bajo un modelo de gestión por procesos, en el cual la OAP, como responsable del proceso de Mejoramiento Institucional, lidera la gestión de riesgos institucionales. En este marco, le corresponde orientar y realizar seguimiento al cumplimiento

de los lineamientos establecidos, sin desconocer las responsabilidades de la primera línea de aseguramiento.

Por lo anterior, **se mantiene el incumplimiento I-01-OAP-2026**, dado que las actividades de acompañamiento evidenciadas no modifican las situaciones de extemporaneidad identificadas. Será importante fortalecer los mecanismos de seguimiento y alerta que permitan prevenir retrasos y promover el cumplimiento oportuno de las responsabilidades asignadas a los procesos.

#### *3.1.1.2. Oportunidad de Mejora (OM-01-OAP-2026): Debilidades en el diligenciamiento y validación de los instrumentos de monitoreo de riesgos Formato MI-FO-26.*

**Condición:** Como resultado de la revisión de una muestra de cuarenta y tres (43) controles, de los cuales diecisiete (17) corresponden a riesgos de corrupción y veintiséis (26) a riesgos de gestión, se identificaron debilidades en la consistencia entre la información registrada por los procesos en el instrumento de seguimiento (formato MI-FO-26), correspondiente al primer y segundo cuatrimestre de 2026, y los controles registrados en el aplicativo Lucha.

Las situaciones evidenciadas se relacionan principalmente con diferencias en la denominación y descripción de los controles, omisión de actividades previstas para su ejecución, inconsistencias en la identificación de responsables. A continuación, se detallan las observaciones por proceso, riesgo y control:

***Tabla 6.*** *Debilidades identificadas en el diligenciamiento del formato MI-FO-26.*

| Proceso | ID riesgo | ID control | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Gestión del Talento Humano | 2222 | 5889 | Segundo cuatrimestre: En el campo «ID del riesgo» se consignó su descripción en lugar del código ID 2222, dificultando la identificación del riesgo e incumpliendo lo requerido en el formato correspondiente al ID. |
| Gestión Jurídica | 2164 | 5734 | Primer cuatrimestre: En el formato MI-FO-26 se registró el control «Hacer seguimiento semanal a las peticiones y solicitudes asignadas a cada profesional», cuando el control establecido corresponde a «Realizar seguimiento a las respuestas de procesos en la jurisdicción contencioso-administrativa».<br>Segundo cuatrimestre: En el campo «Descripción del control» se consignó el enunciado del riesgo relacionado con la atención extemporánea de procesos administrativos o judiciales, en lugar de describir la consolidación cuatrimestral de las respuestas mediante el formato GJ-FO-8 y la generación de alertas ante inconsistencias. |
| Gestión Contractual | 2155 | 5706 | Primer y segundo cuatrimestre: La descripción del control se limitó al envío cuatrimestral de memorandos recordatorios a los supervisores. Sin embargo, el control registrado en LUCHA también contempla identificar los contratos próximos a perder competencia para su liquidación, informar las fechas de vencimiento y remitir |

| Proceso | ID riesgo | ID control | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | | | memorandos cuando dicha competencia ya se haya perdido, indicando su impacto en la etapa postcontractual. Estas actividades no se encuentran reflejadas en el instrumento. |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres | 2200 | 5839 | Primer cuatrimestre: La descripción consignada en el formato MI-FO-26 difiere de la registrada en LUCHA para el control «Realizar seguimiento a las atenciones clasificadas en SIMISIONAL como riesgo de feminicidio de las mujeres».<br>Segundo cuatrimestre: El nombre registrado presenta diferencias frente a la denominación oficial del control, lo que requiere su ajuste para garantizar una identificación uniforme. |
| Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres | 2228 | 5901 | Primer y segundo cuatrimestre: En el campo «Nombre del control» se registró únicamente el número «5901», en lugar de «Seguimiento y verificación de la oportunidad en la gestión de solicitudes de información».<br>Primer cuatrimestre: La descripción es incompleta, omite el seguimiento y verificación mensual, la aplicación del procedimiento GCE-PR-10, las actuaciones ante entregas extemporáneas y las evidencias del control.<br>Segundo cuatrimestre: En el campo «Descripción del control» se consignó únicamente su nombre, sin detallar las actividades, periodicidad, acciones ante desviaciones ni soportes previstos. |
| Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres | 2253 | 5939 | Primer cuatrimestre: La descripción del control se presentó de manera abreviada, omitiendo las asistencias técnicas a los sectores, la realización de tres sesiones directivas anuales de la Mesa del Sistema SOFIA, el procedimiento aplicable y la remisión de correos de reiteración ante incumplimientos.<br>Segundo cuatrimestre: Persistió la descripción incompleta en el campo correspondiente. Aunque se incorporó la descripción íntegra en el apartado de observaciones, no se corrigió el campo «Descripción del control». |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | 2378 | 6313 | Primer cuatrimestre: En el campo «Nombre del control» se registró únicamente «C1», sin identificar su denominación establecida en LUCHA. Asimismo, la descripción consignada omitió actividades previstas para su ejecución.<br>Segundo cuatrimestre: Se mantuvo la denominación «C1»; sin embargo, la descripción fue ajustada y corresponde con la registrada en el aplicativo. |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | 2132 | 5664 | Primer cuatrimestre: Se registró el nombre «Realizar seguimiento a las peticiones para verificar los tiempos de respuesta», en lugar de «Peticiones ciudadanas próximas a vencer verificadas oportunamente». Además, la descripción se centró en el envío semanal de correos y omitió la verificación trimestral mediante el sistema PQRDSF, la comparación de fechas de vencimiento y |

| Proceso | ID riesgo | ID control | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | | | estados de trámite, y la generación del reporte de seguimiento.<br>Segundo cuatrimestre: Aunque el nombre y la descripción fueron corregidos, se registró la fecha 30/04/2026, correspondiente al primer cuatrimestre, en lugar del 31/08/2026. |
| Comunicación Estratégica | 2147 | 5686 | Primer cuatrimestre: En el campo «Nombre del control» se registró el enunciado del riesgo «Posibilidad de una inadecuada asesoría en materia de comunicaciones...», en lugar de «Asesorías en comunicaciones y administración de canales institucionales revisadas oportunamente». La descripción también fue incompleta, al omitir la revisión previa, aplicación de lineamientos, solicitud de ajustes ante inconsistencias y soportes de ejecución.<br>Segundo cuatrimestre: Se verificó la corrección del nombre y la descripción del control. |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial | 2173 | 5760 | Primer y segundo cuatrimestre: Se identificaron diferencias entre el nombre y la descripción del control registrados en MI-FO-26 y los establecidos en LUCHA. Asimismo, los instrumentos señalan como responsable a Ivonne Astrid Rico Vargas, mientras que el aplicativo identifica a Laura Catalina Roa Sayago, situación que requiere verificación.<br>Primer cuatrimestre: Adicionalmente, se encontraron sin diligenciar los campos correspondientes al período y fecha de monitoreo, por lo que no está completamente diligenciado el instrumento. |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres | 2252 | 5937 | Primer cuatrimestre: La descripción se limitó a señalar que el profesional realiza seguimiento y evaluación del plan de alianzas, sin identificar los instrumentos y el procedimiento previstos para su ejecución.<br>Segundo cuatrimestre: Aunque se amplió la descripción para incluir la periodicidad y finalidad del seguimiento, continuaron omitiéndose las fichas DCVM-FO-1 y DCVM-FO-2 y el procedimiento DCVM-PR-3, establecidos en LUCHA. |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres | 1876 | 6315 | Primer cuatrimestre: La descripción del control se limitó a señalar la verificación de la gratuidad de las actividades desarrolladas por terceros en las CIOM, sin incluir su periodicidad permanente, la evidencia establecida mediante el formato GTPP-FO-15 ni las acciones previstas cuando se identifique la solicitud o recepción de dádivas. Adicionalmente, se citó el procedimiento TPP-PR-11, mientras que la descripción registrada en LUCHA identifica otros elementos de ejecución.<br>Segundo cuatrimestre: Se verificó que la descripción fue ajustada y corresponde íntegramente con la registrada en el aplicativo. |
| Promoción de la Participación y | 1991 | 5291 | Primer y segundo cuatrimestre: El nombre y la descripción del control consignados en los instrumentos MI-FO-26 presentan diferencias frente a los registrados en LUCHA. El |

| Proceso | ID riesgo | ID control | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Representación de las Mujeres | | | control institucional contempla verificar cuatrimestralmente que, durante la divulgación de los servicios en Casas de Justicia y escenarios de Fiscalía, se informe su gratuidad, conforme a la guía PVAIM-GU-11, dejando como evidencia las actas de divulgación y realizando ajustes cuando corresponda. Adicionalmente, el riesgo y su control no se identificaron en la pestaña de riesgos del proceso examinada. |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | 1876 | 5019 | Primer cuatrimestre: La descripción consignada en el formato MI-FO-26 no incorpora integralmente las actividades establecidas en LUCHA para verificar semestralmente la publicación del mensaje de gratuidad en los canales de atención, registrar los resultados y gestionar los ajustes ante desviaciones.<br>Segundo cuatrimestre: Se verificó que la descripción corresponde con la registrada en el aplicativo. |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres | 1876 | 5022 | Primer y segundo cuatrimestre: Las descripciones consignadas en los formatos MI-FO-26 presentan diferencias frente al control registrado en LUCHA, el cual contempla verificar cuatrimestralmente, mediante correos, folletos y redes sociales, que la oferta de servicios de generación de ingresos incluya información sobre su gratuidad, así como adoptar las medidas pertinentes ante desviaciones. Se requiere ajustar los instrumentos para reflejar integralmente las actividades previstas. |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | 1876 | 5023 | Primer cuatrimestre: Se registró una descripción abreviada que no incorpora integralmente la verificación mensual de la gratuidad de los servicios durante las jornadas de socialización, la aplicación del procedimiento GSDC-PR-1, el tratamiento de desviaciones y las evidencias previstas.<br>Segundo cuatrimestre: Se verificó la incorporación de la descripción completa del control, subsanando la inconsistencia identificada. |
| Generación y Apropiación de Conocimiento sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres | 1876 | 5024 | Primer cuatrimestre: En el campo «Descripción del control» se consignó «Verificar in situ de los Centros de Inclusión Digital». Segundo cuatrimestre: Se registró «Verificar in situ la información de gratuidad en los CID». En ambos casos, las descripciones son incompletas, pues omiten la verificación mensual mediante visitas aleatorias, la revisión de publicidad física y digital, el procedimiento DCVM-PR-4, el formato DCVM-FO-19 y las acciones correctivas previstas ante desviaciones. |
| Gestión Jurídica | 1916 | 5111 | Primer cuatrimestre: El nombre y la descripción del control registrados en MI-FO-26 no corresponden con los establecidos en LUCHA para «Revisar la información de procesos judiciales registrada en el Sistema Integral de Procesos Judiciales – SIPROJ».<br>Segundo cuatrimestre: En el campo «Descripción del control» se consignó el enunciado del riesgo en lugar de las actividades de revisión cuatrimestral de la información |

| Proceso | ID riesgo | ID control | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | | | registrada en SIPROJ y generación de alertas ante inconsistencias. |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial | 2380 | 6318 | Primer cuatrimestre: El instrumento MI-FO-26 no presenta diligenciados los campos del encabezado ni la fecha de monitoreo. Adicionalmente, en los campos «Nombre del control» y «Descripción del control» se consignó información correspondiente al riesgo.<br>Segundo cuatrimestre: Persistieron las inconsistencias en el nombre y la descripción del control, pese a encontrarse registrada la fecha de monitoreo del 31 de agosto de 2026. |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de los instrumentos MI-FO-26 correspondientes al primer y segundo cuatrimestre de 2026 y su contraste con la información registrada en Lucha.

Las situaciones descritas evidencian la necesidad de fortalecer los mecanismos de revisión y validación de los instrumentos de monitoreo, con el propósito de garantizar que la información reportada sea clara, completa, consistente y corresponda con los riesgos y controles institucionalmente establecidos. Asimismo, es fundamental asegurar la uniformidad y coherencia de la información registrada en los diferentes aplicativos, herramientas y documentos utilizados para el seguimiento, evitando diferencias que puedan afectar su confiabilidad, trazabilidad y verificación.

**Criterios**: Procedimiento MI-PR-3 «Administración del Riesgo», versión 10**.**

Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.
Actividad 9. Reportar monitoreo a riesgos. Realizar reporte cuatrimestral de monitoreo de riesgos de la primera línea a través de la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 14: Realizar el cargue del formato de reporte cuatrimestral de riesgos en la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 15: realizar seguimiento y verificar el reporte de monitoreo de riesgos efectuado por los procesos.

Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2, versión 11, numeral 16.1. Establece que las lideresas y los líderes de proceso disponen de cinco (5) días calendario posteriores al cierre de cada cuatrimestre para cargar la información y las evidencias correspondientes, y que la Oficina Asesora de Planeación cuenta con quince (15) días para su revisión, validación y consolidación.

**Causa**: Debilidades en la aplicación de mecanismos de revisión y validación de la información registrada en el formato MI-FO-26, previo a su cargue, así como en la verificación de su correspondencia con los riesgos y controles vigentes en LUCHA. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Las inconsistencias identificadas pueden afectar la calidad, confiabilidad y trazabilidad de la información reportada, dificultando la identificación de los riesgos, la verificación de las actividades de control y la evaluación del monitoreo realizado por la primera línea de aseguramiento.

#### 3.1.1.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora De Planeación reconoce la importancia de fortalecer la calidad, consistencia y completitud de la información registrada en los instrumentos de monitoreo de riesgos institucionales.*
> *Al respecto, es pertinente señalar que durante la vigencia 2026 se viene desarrollando el plan de trabajo para la gestión integral del riesgo institucional, mediante el cual se adelanta la actualización metodológica de los riesgos y controles de los procesos, en concordancia con los lineamientos de la guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas, versión 7 de 2025.*
> *Adicionalmente, es importante precisar que la OAP ya cuenta con un plan de mejoramiento específico, identificado con el código AM-2026-1743, que contempla la acción ACC-2026-2651, actualmente en estado de ejecución. Esta acción consiste en realizar mesas de trabajo con los procesos para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos. Como producto de esta actividad se contemplan las actas de reunión y/o correos electrónicos que evidencien el desarrollo de las mesas de trabajo adelantadas para este propósito. Su periodo de ejecución está comprendido entre el 9 de junio y el 30 de noviembre de 2026, por lo que su finalización está prevista para el mes de noviembre de la presente vigencia.*
> *En consecuencia, considerando que la acción de mejoramiento referenciada se encuentra formalizada, vigente y guarda relación directa con el fortalecimiento de la gestión del riesgo institucional, la OAP no considera necesario suscribir un nuevo plan de mejoramiento para atender esta oportunidad de mejora, toda vez que su alcance será abordado en el marco del plan AM-2026-1743, específicamente mediante la ejecución de la acción ACC-2026- 2651. Las observaciones formuladas por la auditoría serán incorporadas como insumo para orientar el desarrollo de las mesas de trabajo y fortalecer los aspectos relacionados con el diligenciamiento, revisión y validación de la información de monitoreo de riesgos.*
> *La OAP continuará realizando el acompañamiento metodológico y el seguimiento a la ejecución de esta acción, así como a los resultados derivados de las actividades programadas, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los instrumentos y mecanismos institucionales para la administración del riesgo.*
> *Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP manifiesta su disposición para fortalecer la calidad, consistencia y completitud de la información registrada en los instrumentos de monitoreo de riesgos, y hace referencia a las

actividades desarrolladas en el marco del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026. Sin embargo, los argumentos presentados no permiten subsanar las debilidades identificadas en los formatos MI-FO-26 correspondientes al primer y segundo cuatrimestre de 2026.

Respecto del plan de mejoramiento AM-2026-1743, se observa que la acción ACC-2026-2651 contempla la realización de mesas de trabajo para revisar y fortalecer los mapas de riesgos, conforme a la Guía V7 del DAFP. Sin embargo, su alcance no incluye la revisión del diligenciamiento del formato MI-FO-26 ni la validación de su correspondencia con los riesgos y controles registrados en LUCHA, aspectos sobre los cuales se fundamenta el presente hallazgo. Por tanto, será necesario que la OAP determine cómo las acciones existentes permitirán atender estas debilidades y verificar su corrección.

Cabe señalar que, bajo el modelo de gestión por procesos adoptado por la entidad, la OAP lidera la gestión de riesgos institucionales desde el proceso de Mejoramiento Institucional. En ejercicio de esta función, la actividad 15 del procedimiento MI-PR-3 le asigna la revisión y validación del monitoreo reportado por los procesos, sin perjuicio de la responsabilidad que corresponde a cada dependencia, como primera línea, frente al adecuado diligenciamiento de sus instrumentos.

Por lo anterior, **se mantiene la oportunidad de mejora OM-01-OAP-2026**, considerando que las actividades expuestas en la réplica no desvirtúan las inconsistencias identificadas.

#### *3.1.1.3. Oportunidad de mejora (OM-02-OAP-2026): Debilidades en el registro y trazabilidad de las evidencias de ejecución y seguimiento del control ID 5889 en la plataforma LUCHA.*

**Condición:** Se evidenció que en LUCHA se cargaron en un mismo espacio la ejecución y el seguimiento del control 5889, asociado al riesgo con ID 2222 “Posibilidad de realizar el cobro inoportuno de las incapacidades ante las EPS y ARL” del proceso Gestión del Talento Humano.

Esta situación dificulta la trazabilidad de la información, debido a que la ejecución del control, a cargo de la primera línea de aseguramiento, y su seguimiento corresponden a actividades distintas que deben registrarse en los espacios dispuestos para cada una. Se debe de cargar de manera independiente las evidencias de ejecución del control y las del seguimiento.

***Imagen 1.*** *Ejecución y seguimiento del control ID 5889*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5055 | 31/08/2026 | Seguimiento | 31/08/2026 | Se realizó el seguimiento correspondiente al pago y reconocimiento de las incapacidades y/o licencias de las EPS y ARL para el periodo del 01 de mayo al 31 de agosto de 2026, se adjuntan soportes de dicho seguimiento. Confirmando que el control está siendo aplicado | Estrella Irene Parra Cordero | • 1788225488_MONITOREO_DE_RIESGOS_II_CUATRIMESTRE.xlsx<br>• 1788225488_APROBACION_MONITOREO_DE_RIESGOS.pdf<br>• Resumen_incapacidades_-_2026.xlsx |

**Fuente:** Tomado de Lucha, Control 5889.

**Criterios**: Procedimiento MI-PR-3 «Administración del Riesgo», versión 10**.**

Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.
Actividad 9. Reportar monitoreo a riesgos. Realizar reporte cuatrimestral de monitoreo de riesgos de la primera línea a través de la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 14: Realizar el cargue del formato de reporte cuatrimestral de riesgos en la herramienta dispuesta por la entidad.
Actividad 15: realizar seguimiento y verificar el reporte de monitoreo de riesgos efectuado por los procesos.

Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2, versión 11, numeral 16.1. Establece que las lideresas y los líderes de proceso disponen de cinco (5) días calendario posteriores al cierre de cada cuatrimestre para cargar la información y las evidencias correspondientes, y que la Oficina Asesora de Planeación cuenta con quince (15) días para su revisión, validación y consolidación.

**Causa**: Debilidades en la identificación y utilización de los espacios habilitados en la plataforma LUCHA para el registro de las evidencias de ejecución y seguimiento de los controles, posiblemente asociadas a debilidades en las orientaciones para su diligenciamiento y en la verificación de la información cargada por los responsables del proceso. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** La incorporación de evidencias de ejecución y seguimiento en un mismo espacio de la plataforma puede dificultar la identificación, consulta y verificación independiente de las actividades desarrolladas, afectando la organización y trazabilidad de los registros.

#### 3.1.1.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*"Frente a la oportunidad de mejora identificada, la Oficina Asesora de Planeación considera pertinente fortalecer la diferenciación, organización y trazabilidad de las evidencias correspondientes a la ejecución de los controles, a cargo de los procesos en su calidad de primera línea de defensa, y los registros asociados a las actividades orientación, acompañamiento y seguimiento institucional desarrolladas por la OAP como segunda línea de defensa.*

*En este sentido, la observación será considerada en el marco de la revisión de los mecanismos e instrumentos de monitoreo y seguimiento contemplada en el Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, con el fin de identificar los ajustes y orientaciones que permitan mejorar la organización, identificación, disponibilidad y trazabilidad de la información registrada en las herramientas institucionales. Lo anterior, teniendo en cuenta que la ejecución de los controles y su seguimiento corresponden a actividades diferenciadas dentro del esquema de líneas de defensa y, por tanto, deben contar con evidencias que permitan identificar claramente las responsabilidades y actuaciones desarrolladas.*

*Adicionalmente, es importante precisar que la OAP ya cuenta con un plan de mejoramiento específico, identificado con el código AM-2026-1743, que contempla la acción ACC-2026-2651, actualmente en estado de ejecución. Esta acción consiste en realizar mesas de trabajo con los procesos para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos. Como producto de esta actividad se contemplan las actas de reunión y/o correos electrónicos que evidencien el desarrollo de las mesas de trabajo adelantadas para este propósito. Su periodo de ejecución está comprendido entre el 9 de junio y el 30 de noviembre de 2026, por lo que su finalización está prevista para el mes de noviembre de la presente vigencia.*

*En consecuencia, considerando que la acción de mejoramiento mencionada se encuentra formalizada y en ejecución, y que su desarrollo permite abordar aspectos relacionados con el fortalecimiento de la gestión del riesgo, la revisión de los mecanismos de monitoreo y la trazabilidad de la información, la OAP no considera necesario suscribir un nuevo plan de mejoramiento para atender esta oportunidad, toda vez que las observaciones formuladas por la auditoría serán incorporadas como insumo para el desarrollo de las actividades previstas en el plan AM-2026-1743, específicamente en el marco de la acción ACC-2026-2651.*

*La OAP continuará brindando el acompañamiento metodológico y realizando el seguimiento a la ejecución de la acción, promoviendo que, en el marco de las mesas de trabajo, se fortalezcan los criterios para el registro, identificación y conservación de las evidencias, así como la diferenciación entre los soportes de ejecución de los controles y aquellos que dan cuenta del seguimiento institucional.*

*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

No se desvirtúa la situación identificada, toda vez que la dependencia reconoce la necesidad de fortalecer la diferenciación, organización y trazabilidad de las evidencias correspondientes a la

ejecución de los controles y a las actividades de seguimiento, de acuerdo con las responsabilidades establecidas para las líneas de aseguramiento.

Respecto al plan de mejoramiento AM-2026-1743 y la acción ACC-2026-2651, se observa que esta última contempla la realización de mesas de trabajo para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos. Sin embargo, con la información aportada no se evidencia que su alcance incluya específicamente la corrección de las debilidades relacionadas con el registro de las evidencias de ejecución y seguimiento en los espacios correspondientes de la plataforma LUCHA.

En este sentido, si bien se reconoce la existencia de un plan de mejoramiento en ejecución, será necesario que la Oficina Asesora de Planeación en conjunto con la dependencia responsable determine y documente cómo se atenderá específicamente la situación identificada, garantizando la diferenciación de la ejecución y seguimiento de los controles. Por lo anterior, **se mantiene la oportunidad de mejora OM-02-OAP-2026.**

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PERIODICIDAD DE CARGUE DE LOS CONTROLES EN LA PLATAFORMA LUCHA**

Con el propósito de verificar el cumplimiento de la periodicidad establecida para el registro de las evidencias de ejecución de los controles institucionales, se revisaron las fechas de cargue registradas en la plataforma LUCHA durante la vigencia 2026, contrastándolas con la frecuencia definida para cada control en el aplicativo.

La evaluación se orientó a determinar si los registros se efectuaron conforme a la periodicidad establecida (mensual, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) según correspondiera, identificando los períodos en los que se realizaron los cargues. Los resultados de la verificación se presentan a continuación:

#### *3.1.1.4. Incumplimiento (I-02-OAP-2026): Cargue Inoportuno de las evidencias de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.*

**Condición:** Como resultado de la verificación de las fechas de cargue de las evidencias de ejecución de cuarenta y tres (43) controles asociados a riesgos de gestión y corrupción en la plataforma Lucha, se identificaron observaciones en cuatro (4) controles, equivalentes al 9,30% de la muestra evaluada, relacionadas con la periodicidad establecida para su registro.

En dos (2) controles de periodicidad mensual se evidenció la ausencia de registros en determinados períodos. Específicamente, en el control 5839, asociado al riesgo 2200 del proceso Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres, no se identificaron cargues correspondientes a agosto y septiembre de 2026. Por su parte, en el control 6313, asociado al riesgo

2378 del proceso Gestión del Sistema Distrital de Cuidado, no se evidenciaron registros en enero, marzo, mayo y julio de 2026, pese a tener establecida una periodicidad mensual.

Respecto de los dos (2) controles restantes, identificados con los números 5646 y 5010, asociados al proceso Gestión Disciplinaria, se observaron registros efectuados el 30 de marzo y el 30 de junio de 2026, con un intervalo de tres meses, aunque su periodicidad establecida es cuatrimestral. Esta situación requiere verificar la correspondencia de las evidencias registradas con los períodos definidos para la ejecución y el seguimiento de los controles.

Las situaciones identificadas evidencian debilidades en la oportunidad y consistencia del registro de las evidencias, que pueden afectar su trazabilidad y dificultar la verificación de la ejecución periódica de los controles y el seguimiento de los riesgos institucionales. *Ver tabla 7.*

***Tabla 7.*** *Controles que no cargaron la evidencia de ejecución en la periodicidad establecida.*

| Proceso | Tipo de Riesgo | ID riesgo | ID control | Periodicidad | Fechas de cargue | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gestión Disciplinaria | Riesgo de Gestión | 2127 | 5646 | Cuatrimestral | 30/03/2026; 30/06/2026 | Se identificaron registros en marzo y junio. La periodicidad de cargue es cuatrimestral y para este caso sería trimestral. |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los derechos de las Mujeres | Riesgo de Gestión | 2200 | 5839 | Mensual | 19/01; 24/02; 26/03; 26/04; 27/05; 30/06; 23/07/2026 | Se identificaron registros mensuales entre enero y julio, sin evidenciar cargues correspondientes a agosto y septiembre de 2026. |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | Riesgo de Gestión | 2378 | 6313 | Mensual | 26/02; 26/04; 30/06 (dos registros); 31/08/2026 | Los cargues se concentraron en febrero, abril, junio y agosto, sin registros en enero, marzo, mayo y julio, pese a la periodicidad mensual establecida. |
| Gestión Disciplinaria | Riesgo de Corrupción | 1873 | 5010 | Cuatrimestral | 30/03/2026; 30/06/2026 | Los registros se realizaron en marzo y junio. La periodicidad de cargue es cuatrimestral y para este caso sería trimestral. |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con los registros consultados en Lucha.

**Criterios:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. Punto 3.8 “Estructura para la Descripción del Control”, el cual establece que los controles deben contar con mecanismos de ejecución, seguimiento y documentación que permitan evidenciar su aplicación conforme a la periodicidad definida por la entidad.
Procedimiento MI-PR-3, Administración del Riesgo, versión 10**.** Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea. La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.

Política de operación No. 2. El responsable de cada control deberá suministrar y/o cargar las evidencias correspondientes en la periodicidad designada por cada proceso, en el mecanismo dispuesto por la entidad para tal fin.

**Causa:** Debilidades en el seguimiento y monitoreo del cargue oportuno de las evidencias de ejecución de los controles en LUCHA. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posibles afectaciones en la trazabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles implementados, así como limitaciones para verificar oportunamente su ejecución conforme a la periodicidad definida.

#### 3.1.1.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *“Respecto al incumplimiento relacionado con el cargue de evidencias de ejecución de los controles, la Oficina Asesora de Planeación precisa que, en el marco de sus funciones como segunda línea de defensa, ha desarrollado actividades de seguimiento a la gestión de riesgos institucionales durante el primer y segundo cuatrimestre de 2026, cuyos resultados se encuentran consolidados en los informes de seguimiento a la gestión integral de riesgos.*
> *Mediante estos ejercicios, la OAP ha promovido la revisión de la información reportada por los procesos y la identificación de situaciones susceptibles de mejora en la ejecución, documentación y seguimiento de los controles, generando las recomendaciones correspondientes para fortalecer la trazabilidad y calidad de las evidencias.*
> *No obstante, es importante precisar que la ejecución de los controles y el cargue de sus evidencias, de acuerdo con la periodicidad establecida en las matrices de riesgos institucionales, son responsabilidades de la primera línea de defensa, a través de las personas designadas por cada proceso. En consecuencia, la responsabilidad de la OAP se concentra en el acompañamiento metodológico, el seguimiento y la formulación de alertas y recomendaciones, sin sustituir las actividades operativas asignadas a los responsables de los controles.*

*En atención a las situaciones identificadas, se continuará fortaleciendo el seguimiento a la oportunidad y consistencia de los registros, así como la comunicación de recomendaciones a los procesos, con el propósito de contribuir a la adecuada documentación de la ejecución de los controles y facilitar su posterior verificación.*
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

Si bien se reconoce que la ejecución de los controles y el cargue oportuno de sus evidencias son responsabilidades de los procesos, en su calidad de primera línea de aseguramiento, es importante señalar que la Oficina Asesora de Planeación, en el marco del proceso de Mejoramiento Institucional, lidera la gestión de riesgos institucional y, como segunda línea de aseguramiento, tiene a su cargo las actividades de orientación, seguimiento y formulación de alertas frente a las desviaciones identificadas.

En este sentido, las actividades de seguimiento adelantadas por la OAP no sustituyen el cumplimiento de la periodicidad establecida para el cargue de las evidencias, ni desvirtúan las diferencias observadas durante la auditoría. Por lo tanto, si bien se reconocen las gestiones adelantadas por la OAP y las responsabilidades diferenciadas de las líneas de aseguramiento, las situaciones identificadas no fueron desvirtuadas con los argumentos presentados. Por lo anterior, **se mantiene el incumplimiento I-02-OAP-2026**.

### *3.1.1.5. Oportunidad de Mejora (OM-03-OAP-2026): Debilidades en la oportunidad, organización y trazabilidad de las evidencias de ejecución de los controles en LUCHA*

**Condición:** Como resultado de la verificación de las evidencias de ejecución de los controles registrados en le plataforma LUCHA, se evidenciaron debilidades en siete (7) de los cuarenta y tres 43 controles evaluados (16.28%) relacionadas con la oportunidad del registro, la organización de los soportes y la identificación de los períodos reportados. La revisión comprendió controles asociados a riesgos de gestión y de corrupción.

Las situaciones evidenciadas comprenden la dispersión de evidencias en múltiples cargues para un mismo período de ejecución, la existencia de registros con diferentes fechas de corte. Si bien se evidenció la ejecución de los controles relacionados, estas situaciones reflejan debilidades en la gestión documental de sus evidencias, que pueden dificultar la identificación de los períodos evaluados, la consulta de los soportes y la verificación oportuna de las actividades de control. *Ver tabla 8.*

***Tabla 8.*** *Controles con observaciones en la oportunidad, organización y trazabilidad de las evidencias registradas en LUCHA.*

| Proceso | Tipo de riesgo | ID riesgo | ID control | Observación |
|---|---|---|---|---|
| Direccionamiento Estratégico | Gestión | 2156 | 5712 | Se identificaron cinco (5) registros de cargue durante la vigencia 2026, pese a que el control tiene establecida una periodicidad anual. Si bien se evidenció el cumplimiento en el registro de las evidencias de ejecución, se recomienda fortalecer su organización y consolidación, de manera que los soportes correspondan a la periodicidad definida. En este sentido, considerando que las actividades del control se desarrollan durante el primer cuatrimestre de la vigencia, se sugiere realizar un único cargue anual que consolide las evidencias generadas durante este período, facilitando su consulta y trazabilidad en el sistema. |
| Direccionamiento Estratégico | Gestión | 2156 | 6245 | Se evidenció la ejecución del control mediante veinticuatro (24) cargues de evidencias realizados entre enero y septiembre de 2026. Considerando que su periodicidad es cuatrimestral, la cantidad y dispersión de los registros dificultan la organización, consulta y trazabilidad de los soportes. Por lo anterior, se recomienda consolidar las evidencias correspondientes a cada cuatrimestre y realizar su cargue de manera organizada, conforme a la periodicidad establecida, facilitando la verificación y el seguimiento del control. |
| Gestión Contractual | Corrupción | 1885 | 5038 | Se evidenció la ejecución del control mediante tres (3) cargues realizados los días 14 de abril, 22 de julio y 27 de agosto de 2026. Al considerar que su periodicidad es cuatrimestral, se recomienda organizar y consolidar las evidencias correspondientes a cada período para hacer un cargue por cuatrimestre, identificando claramente el periodo al que pertenecen, con el fin de facilitar su consulta, trazabilidad y verificación en el sistema de Gestión. |
| Direccionamiento Estratégico | Corrupción | 1951 | 5215 | Se evidenció la ejecución del control mediante cuatro (4) cargues realizados los días 10 de febrero (dos registros), 26 de febrero y 30 de abril de 2026, con fechas de corte del 29 de enero, 10 de febrero, 31 de enero y 30 de abril, respectivamente. Si bien se realizó el registro de las evidencias, se observó que los soportes presentan diferentes fechas de corte, pese a que el control tiene una periodicidad anual. Por lo anterior, se recomienda consolidar y |

| Proceso | Tipo de riesgo | ID riesgo | ID control | Observación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | organizar las evidencias en un único reporte anual, identificando claramente el período evaluado, con el fin de facilitar su consulta, trazabilidad y verificación en el sistema. |
| Gestión Financiera | Corrupción | 1961 | 5239 | Se evidenció la ejecución del control mediante tres (3) cargues realizados los días 28 de abril, 26 de julio y 27 de septiembre de 2026, correspondientes al primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. Sin embargo, el cargue del 27 de septiembre presenta como fecha de corte el 30 de septiembre de 2026, es decir, una fecha posterior a su registro en LUCHA. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la oportunidad y consistencia de los reportes, garantizando que las fechas de corte correspondan a los períodos efectivamente evaluados y que los cargues se realicen dentro de los plazos institucionales establecidos. |
| Gestión Jurídica | Corrupción | 1916 | 5111 | Se evidenció la ejecución del control mediante tres (3) cargues realizados los días 8 de enero, 7 de mayo y 31 de agosto de 2026, correspondientes al tercer cuatrimestre de 2025 y al primer y segundo cuatrimestre de 2026, respectivamente. Si bien los registros permiten acreditar el cumplimiento de la periodicidad cuatrimestral establecida, se observó que el cargue del 7 de mayo se efectuó siete (7) días calendario después del cierre del primer cuatrimestre, superando el plazo institucional de cinco (5) días previsto para el registro de las evidencias. Por lo anterior, se recomienda fortalecer el seguimiento a los plazos de cargue, con el fin de garantizar la oportunidad y trazabilidad de la información registrada en LUCHA. |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | Corrupción | 2380 | 6318 | Se identificaron cargues el 11 de mayo y 31 de agosto de 2026. El primero se efectuó después del plazo de cinco (5) días señalado en la matriz para el cierre del cuatrimestre, situación que requiere verificar la oportunidad del registro. |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con los registros consultados en Lucha.

**Criterios:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. Punto 3.8 “Estructura para la Descripción del Control”, el cual establece que los controles deben contar con mecanismos de ejecución, seguimiento y documentación que permitan evidenciar su aplicación conforme a la periodicidad definida por la entidad.

Procedimiento MI-PR-3, Administración del Riesgo, versión 10**.** Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea. La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.

Política de operación No. 2. El responsable de cada control deberá suministrar y/o cargar las evidencias correspondientes en la periodicidad designada por cada proceso, en el mecanismo dispuesto por la entidad para tal fin.

Política de Administración del Riesgo. Código: MI-PLT-2, V11- Vigencia *2026 "El resultado de este monitoreo deberá ser reportado a la Oficina Asesora de Planeación (OAP) de manera cuatrimestral y con corte al periodo inmediatamente vencido. Para tal efecto, las lideresas y los líderes de proceso contarán con cinco (5) días calendario posteriores al cierre de cada cuatrimestre para realizar el cargue de la información y las evidencias correspondientes, permitiendo a la OAP disponer de quince (15) días para realizar su revisión, validación y consolidación".*

**Causa:** Posibles debilidades en la aplicación de criterios uniformes para la organización, identificación y validación de las evidencias registradas en LUCHA, así como en el seguimiento a los plazos de cargue. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Debilidades en la identificación de los períodos de ejecución, la consulta y trazabilidad de los soportes, así como posibles limitaciones para verificar oportunamente las actividades de control y realizar el seguimiento de los riesgos institucionales.

### 3.1.1.5.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora de Planeación reconoce la importancia de contar con evidencias organizadas, completas, pertinentes y oportunas que permitan verificar la ejecución de los controles y facilitar el seguimiento institucional a la gestión de riesgos, garantizando la trazabilidad de las actividades desarrolladas por los procesos.*
> *En el marco del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, se viene adelantando un proceso de actualización de riesgos y controles, que constituye un espacio para fortalecer los criterios metodológicos relacionados con la definición de evidencias, la periodicidad de ejecución, las responsabilidades de los procesos y los mecanismos de registro y seguimiento. En este sentido, las situaciones señaladas por la Oficina de Control Interno serán consideradas como insumo para la revisión de los mecanismos de monitoreo y las orientaciones dirigidas a los responsables de los controles, particularmente en lo relacionado con la oportunidad, organización, disponibilidad y trazabilidad de los soportes en la plataforma Lucha.*

*Adicionalmente, es importante precisar que la OAP ya cuenta con un plan de mejoramiento específico, identificado con el código AM-2026-1743, que contempla la acción ACC-2026-2651, actualmente en estado de ejecución. Esta acción consiste en realizar mesas de trabajo con los procesos para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos. Como producto de esta actividad se contemplan las actas de reunión y/o correos electrónicos que evidencien el desarrollo de las mesas de trabajo adelantadas para este propósito. Su periodo de ejecución está comprendido entre el 9 de junio y el 30 de noviembre de 2026, por lo que su finalización está prevista para el mes de noviembre de la presente vigencia.*
*En consecuencia, teniendo en cuenta que la acción de mejoramiento se encuentra formalizada y en ejecución, y que su desarrollo permite abordar aspectos relacionados con el fortalecimiento de la gestión del riesgo institucional y los mecanismos de seguimiento a los controles, la OAP no considera necesario suscribir un nuevo plan de mejoramiento para atender esta oportunidad, toda vez que las observaciones formuladas por la auditoría serán incorporadas como insumo para orientar las actividades previstas en el plan AM-2026-1743, específicamente en el marco de la acción ACC-2026-2651.*
*La OAP continuará brindando acompañamiento metodológico a los procesos y realizando el seguimiento a la ejecución de la acción, promoviendo el fortalecimiento de los criterios para la generación, organización, registro y conservación de las evidencias que permitan demostrar de manera verificable la ejecución de los controles y facilitar su seguimiento institucional.*
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP manifiesta que las situaciones identificadas serán consideradas en el proceso de actualización de los riesgos y controles previsto para la vigencia 2026. Si bien esta gestión puede contribuir al fortalecimiento de la administración de riesgos institucionales, no modifica las debilidades evidenciadas durante la auditoría, relacionadas con la oportunidad, organización y trazabilidad de las evidencias registradas en la plataforma LUCHA.

Respecto del plan de mejoramiento AM-2026-1743 y la acción ACC-2026-2651, se observa que esta última contempla mesas de trabajo con los procesos para revisar y fortalecer los mapas de riesgos. Sin embargo, con la información presentada no es posible establecer que las actividades aborden específicamente las situaciones identificadas en el registro de las evidencias, particularmente en cuanto a la dispersión de los soportes, la identificación de los períodos evaluados y la oportunidad de los cargues.

Adicionalmente, de acuerdo con los lineamientos institucionales establecidos por la OAP, la Secretaría Distrital de la Mujer opera bajo un modelo de gestión por procesos, en el cual la OAP es responsable del proceso de Mejoramiento Institucional, lidera la gestión de riesgos institucionales. Por tanto, en su calidad de segunda línea de aseguramiento, le corresponde orientar y realizar

seguimiento a la aplicación de los lineamientos definidos, sin desconocer que el registro de las evidencias y la ejecución de los controles son responsabilidades de los procesos.

En consecuencia, será importante que la OAP determine cómo las acciones de mejoramiento existentes permitirán atender las debilidades observadas y fortalecer los mecanismos de seguimiento, de manera que se garantice la adecuada organización, identificación y trazabilidad de las evidencias. Por lo anterior, **se mantiene la oportunidad de mejora OM-03-OAP-2026**.

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES**

Se realizó la verificación de la ejecución de los controles asociados a los riesgos de gestión y corrupción, tomando como referencia las actividades y condiciones establecidas en la descripción de cada control registrado en la plataforma LUCHA.

Para llevarlo a cabo, se revisaron las evidencias y los soportes documentales cargados por los procesos responsables, con el propósito de establecer si estos permiten acreditar la ejecución de las actividades conforme a lo definido, así como identificar posibles cumplimientos y debilidades en su implementación.

#### *3.1.1.6. Incumplimiento (I-03-OAP-2026): El control no se ejecuta en su totalidad conforme a su descripción*

**Condición:** Como resultado de la verificación de las evidencias registradas en la plataforma LUCHA, se identificaron catorce (14) controles cuya ejecución no corresponde con lo establecido en su descripción.

Las situaciones identificadas comprenden la ausencia de soportes de ejecución para determinados períodos, utilización de formatos no vigentes o diferentes a los exigidos, registros incompletos y falta de evidencias que permitan comprobar las actividades de revisión, validación y seguimiento a cargo de los responsables. Estas debilidades se evidencian en los controles relacionados en la siguiente tabla:

***Tabla 9.*** *Controles sin ejecución conforme a su descripción.*

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestión de Talento Humano | Apoyo | 2222 | 5889 | La o el profesional de la Dirección de Talento Humano, una vez se presenten novedades por incapacidades y/o licencias de EPS y ARL, realiza el seguimiento al | De acuerdo con la verificación efectuada al control ID 5889, asociado al riesgo ID 2222 del proceso Gestión del Talento Humano, se evidenció su gestión mediante la matriz de seguimiento de incapacidades, en la que se registran las novedades de la vigencia 2026 y las gestiones adelantadas |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | pago y la expedición de los actos administrativos que otorgan dichas licencias, verificando que se cuente con la completitud de los documentos que hacen parte de la ejecución del procedimiento interno. | ante las EPS para el cobro de las incapacidades en trámite. Asimismo, se aportaron los formularios de radicación ante Compensar EPS y las Resoluciones 0407 y 0408 del 06/11/2025. Sin embargo, los formularios de radicación y las resoluciones aportados corresponden a la vigencia 2025. Además, para las incapacidades de 2026, en la matriz no se diligenciaron los campos relacionados con las resoluciones. En consecuencia, no es posible verificar la expedición, durante el periodo evaluado, de los actos administrativos que otorgan las licencias, actividad que hace parte de la descripción del control.<br>Adicionalmente, la matriz cargada como evidencia contiene la pestaña “Números EPS”, en la que se registran las credenciales de acceso al portal de las EPS, lo que expone información sensible de la entidad.<br>Se recomienda aportar como evidencia los soportes correspondientes a la vigencia evaluada, diligenciar completamente la matriz de seguimiento, revisar la consistencia de los actos administrativos expedidos y retirar las credenciales de acceso de la matriz. |
| Gestión Jurídica | Apoyo | 2164 | 5734 | El profesional designado consolida cuatrimestralmente la información de las respuestas emitidas por la entidad para la defensa jurídica en el formato GJ-FO-8 "Matriz de seguimiento semanal de la Oficina Asesora Jurídica, en caso de evidenciar novedades o inconsistencias se emitirá por correo electrónico la alerta a la abogada o el abogado responsable del proceso para gestionar las acciones correctivas y la emisión de la respuesta. | Deficiencias en la consolidación cuatrimestral de la información y utilización de formatos no vigentes o diligenciados de manera inconsistente para la ejecución del control ID 5734. Como resultado de la revisión, se evidenció que los soportes aportados no permiten acreditar el cumplimiento de la actividad de consolidación cuatrimestral de la información en el formato institucional exigido, debido a las siguientes situaciones:<br>1. Utilización de una versión desactualizada del formato institucional El archivo denominado1767911564_Radicados_septiembre_a_noviembre_.xlsx, aportado como evidencia de ejecución del control, fue elaborado utilizando el formato GJ-FO- |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 8, versión 01, con fecha de emisión del 17 de marzo de 2022.No obstante, para el período evaluado se encontraba vigente la versión 02 del mismo formato, con fecha de emisión del 29 de noviembre de 2025, conforme a la documentación establecida en el Sistema Integrado de Gestión de la entidad.<br>En consecuencia, el soporte aportado no corresponde a la versión vigente del instrumento institucional previsto para documentar la ejecución del control, situación que evidencia debilidades en la aplicación de los documentos actualizados del Sistema Integrado de Gestión.<br>2. Deficiencias en el diligenciamiento y consolidación de la información<br>Respecto del archivo denominado GJ-FO-8_-_MATRIZ_DE_SEGUIMIENTO_SEMANAL_DE_LA_OFICINA_ASESORA_JURIDICA.xlsx, se constató que utiliza el formato GJ-FO-8, versión 02, vigente para el período objeto de evaluación. Sin embargo, la información de seguimiento se encuentra distribuida en dos hojas de cálculo, sin evidenciarse una consolidación integral y unificada que permita identificar de manera completa, organizada y trazable las respuestas emitidas por la entidad para su defensa jurídica durante el respectivo cuatrimestre. Esta situación afecta la integridad y consistencia del registro y dificulta la verificación de la información consolidada, así como la identificación y seguimiento de las posibles novedades o inconsistencias que debían ser objeto de revisión por parte del profesional designado.<br>3. Ausencia del formato institucional exigido en el seguimiento del segundo cuatrimestre de 2026 |
| Promoción de la Participación y Representación de | Misional | 2117 | 5603 | El profesional de la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad responsable del proceso verifica cuatrimestralmente a través de la matriz de | Para el seguimiento registrado el 16 de julio de 2026, no se adjuntó la matriz PPRM-FO-6 debidamente diligenciada, conforme a lo establecido en la descripción del control. |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| las Mujeres | | | | Excel PPRM-FO-6 y las evidencias aportadas en cada compromiso (Actas, correos, informes), el cumplimiento de los compromisos suscritos en los pactos de corresponsabilidad, para evitar la inobservancia y falta de respuesta por parte de las entidades distritales. Para el caso en que no haya reportes, se oficiará a la entidad respectiva reiterando el cumplimiento del compromiso Procedimiento GESTIÓN DE PACTOS DE CORRESPONSABILIDAD PPRM-PR-02 | En su lugar, se aportó documentación relacionada con los pactos de corresponsabilidad, incluido el oficio radicado 1-2026-008777 del 1 de junio de 2026, mediante el cual se solicitó a las alcaldías locales reportar los avances y las evidencias de cumplimiento de los compromisos adquiridos, estableciendo el cronograma de reportes para la vigencia 2026.<br>Si bien este documento acredita actuaciones de gestión y seguimiento, no sustituye la matriz PPRM-FO-6 diligenciada, requerida para evidenciar la verificación del cumplimiento de los compromisos. En consecuencia, se recomienda fortalecer la completitud y trazabilidad de los soportes documentales que acreditan la ejecución del control. |
| Gestión Disciplinaria | Evaluación | 2127 | 5646 | La jefa de la Oficina de Control Disciplinario Interno verifica cuatrimestralmente que la información correspondiente a las actuaciones disciplinarias se encuentre completa, actualizada y consistente en el Sistema de Información Distrital (SID) y en el Sistema de Reporte de Actuaciones Disciplinarias (SIAD), mediante el cotejo de los expedientes digitales frente a la información registrada en los aplicativos. Como evidencia del control, se conserva el reporte cuatrimestral de verificación debidamente firmado, junto con los soportes de las revisiones efectuadas en los aplicativos correspondientes. Cuando | De la revisión de los soportes correspondientes al primer y segundo trimestre de 2026, se identificaron documentos que relacionan actuaciones de registro y actualización de expedientes disciplinarios en las plataformas SID4 y SIAD, acompañados y soportados por capturas de pantalla.<br>No obstante, los documentos aportados no presentan firma de la jefa de la Oficina de Control Disciplinario Interno, pese a que la descripción del control ID 5646 exige expresamente conservar un reporte cuatrimestral de verificación debidamente firmado. |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | se identifiquen actuaciones disciplinarias que no se encuentren registradas o presenten inconsistencias en los sistemas de información, la jefa de la Oficina de Control Disciplinario Interno requiere a través de correo electrónico al responsable de su actualización para que efectúe la corrección en un plazo máximo de dos (2) días hábiles. | |
| Gestión Contractual | Apoyo | 2155 | 5706 | El jefe de la Dirección de Contratación, cuatrimestralmente, identifica los contratos y convenios próximos a perder competencia para su liquidación y remitirá a las/los supervisoras/es responsables memorandos de carácter preventivo, en los que se indique la información de los contratos o convenios y las fechas asociadas al vencimiento de la competencia para su liquidación, y en caso de evidenciar la perdida de competencia, el jefe de la Dirección de Contratación remitirá memorando al Supervisor informando la ocurrencia y el impacto de la situación postcontractual. GC-PR-13 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS. | Como resultado de la revisión documental, se identificaron las siguientes situaciones: 1. Primer cuatrimestre de 2026 (1 de enero al 30 de abril) No se identificaron, entre los soportes aportados para este período, memorandos preventivos expedidos por la Dirección de Contratación que permitan acreditar la ejecución del control conforme a la periodicidad establecida. En consecuencia, pese a que en el formato institucional MI-FO-26 se reportó la ejecución del control, las evidencias suministradas no permiten verificar las actuaciones adelantadas durante el primer cuatrimestre, particularmente la identificación de los contratos y convenios próximos a perder competencia y la comunicación preventiva a los supervisores responsables. En el segundo se identificaron 19 memorandos (9 de julio y 10 de agosto), pero ninguno señala individualmente las fechas de pérdida de competencia para liquidar los contratos. Tampoco se evidenció un consolidado de verificación cuatrimestral. |
| Generación y Apropiación de Conocimiento sobre | Misional | 2228 | 5901 | El o la profesional asignado/a del OMEG realiza mensualmente la verificación y seguimiento al estado de las solicitudes de información enviadas a | Durante el primer y segundo cuatrimestre de 2026 se revisaron veinte (20) y veintiocho (28) documentos, respectivamente, que acreditan actividades de solicitud, recepción e intercambio de información, así como |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres | | | | terceros (internos y externos), confirmando su remisión oportuna por los medios definidos, en el marco del GCE-PR-10 - Procedimiento de gestión, validación, procesamiento y análisis de información sobre la situación de derechos humanos de las mujeres en Bogotá. En caso de encontrarse desviaciones por entregas extemporáneas de terceros, se ejecutan las acciones correctivas inmediatas consistentes en remitir reiteración a los terceros pendientes hasta el cierre. Como evidencia de la ejecución se tienen las comunicaciones oficiales o correos institucionales que soporten el envío de la solicitud inicial y de las reiteraciones ejecutadas ante entregas extemporáneas. | algunas actuaciones de seguimiento y reiteración.<br>No obstante, se identificaron soportes faltantes para determinados períodos; tales como ***Infocuidado:*** hace falta enero 2026. Para el caso de la ***Matriz de Feminicidio:*** hace falta reporte abril 2026. Para el caso de ***Riesgo de feminicidio:*** no se cargó la evidencia de marzo 2026 solicitudes pendientes sin evidencia de cierre y documentos que no corresponden directamente a las actividades del control.<br>En consecuencia, las evidencias aportadas no permiten acreditar integralmente la verificación mensual del estado de las solicitudes, la comprobación de su remisión oportuna y el seguimiento de las entregas extemporáneas hasta su cierre, conforme a la descripción del control registrada en LUCHA. |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | Misional | 2378 | 6313 | El o la profesional del equipo de trabajo de Manzanas de Cuidado, a cargo de la implementación y operación del modelo en territorio, verificará mensualmente, a través del instrumento de monitoreo y seguimiento, que la prestación de servicios en este modelo de operación del Sistema se esté ejecutando conforme a lo establecido en las fichas técnicas y de acuerdo con lo contemplado en el procedimiento GSDC-PR- | Tras la revisión de veinte (20) actas de mesas locales e Inter locales, correspondientes a febrero, abril, junio y agosto de 2026, y cinco (5) informes cualitativos de Manzanas de Cuidado, aportados como evidencia de ejecución de los controles asociados al riesgo de gestión ID 2378, se identificaron actividades de seguimiento a la prestación de servicios, revisión de novedades y compromisos interinstitucionales.<br>No obstante, al aparte de la descripción del control donde establece la verificación mensual de los servicios ***mediante el instrumento de monitoreo y seguimiento***, conforme a las fichas técnicas y al procedimiento GSDC-PR-1, no se evidenció mensual sino cada dos (02) meses por lo que la verificación no se |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 Gestión para la implementación y seguimiento a la operación de las Manzanas de Cuidado. Como evidencia del control, se presentarán el instrumento de monitoreo y seguimiento, los correos electrónicos o las actas de las reuniones de seguimiento adelantadas con las entidades prestadoras del servicio (cuando aplique). En caso de que se presenten desviaciones, se escalarán los casos en las reuniones de las mesas locales e interlocales con los designados territoriales en estos espacios. Soportes: Instrumento de monitoreo y seguimiento, los correos electrónicos de seguimiento o las actas de reuniones (cuando aplique). | está dando con la periodicidad y alcance establecidos. Si bien las actas e informes contienen referencias a la prestación de servicios y a las fichas técnicas, estos soportes no permiten comprobar integralmente la ejecución mensual del mecanismo de verificación previsto. |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Estratégico | 2132 | 5664 | La(el) colaboradora(or) responsable de la gestión en Servicio a la Ciudadanía, verifica trimestralmente las peticiones ciudadanas próximas a vencer, mediante la revisión del sistema institucional de gestión de PQRDSF y la comparación de las fechas de vencimiento con el estado de trámite de cada solicitud, de acuerdo con lo establecido en el procedimientoRC-PR-2, con el fin de alertar oportunamente a las dependencias responsables sobre los requerimientos pendientes | Se observaron veintiséis (26) correos electrónicos de seguimiento a las peticiones ciudadanas, correspondientes al período comprendido entre enero y junio de 2026, se evidenció la remisión periódica de comunicaciones a las dependencias de la Secretaría Distrital de la Mujer, mediante las cuales se informaba sobre las peticiones registradas en el sistema Bogotá te escucha – SDQS y se recordaban los términos establecidos para su atención. Las comunicaciones permiten acreditar actividades preventivas de seguimiento con frecuencia semanal, superior a la periodicidad trimestral establecida en la descripción del control ID 5664. No obstante, los soportes aportados no incluyen los reportes o listados de peticiones anunciados como adjuntos en los correos electrónicos, lo que impide |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | de respuesta. Cuando se identifiquen peticiones próximas a vencer o con riesgo de vencimiento, se comunica mediante correo electrónico a la dependencia responsable, dejando como evidencia el reporte de seguimiento y las comunicaciones remitidas; en caso de evidenciarse incumplimiento de los términos de respuesta, se informa al responsable de la Oficina de Control Disciplinario Interno para las acciones correspondientes. | verificar individualmente la comparación entre las fechas de vencimiento y el estado de trámite de las solicitudes, así como determinar si las alertas fueron remitidas oportunamente a las dependencias responsables.<br>Adicionalmente, no se cuenta con información suficiente para establecer si durante el período evaluado se presentaron incumplimientos de los términos de respuesta que hicieran exigible su comunicación a la Oficina de Control Disciplinario Interno. |
| Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital | Misional | 2173 | 5760 | Revisar la matriz de reporte de Asistencia Técnica Sectorial: TEGDM-PR-2 - ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DE LOS ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES, DE GÉNERO Y POBLACIONAL - DIFERENCIAL EN LOS SECTORES DE LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL - V8 | De la revisión de los soportes documentales correspondientes al primer y segundo cuatrimestre de 2026 y contrastados con el procedimiento TEGDM-PR-2, versión 8, de fecha 28 de noviembre de 2025, se evidenció que los informes de asistencia técnica aportados contienen registros de actividades desarrolladas con diferentes sectores de la Administración Distrital, así como productos, avances y referencias a evidencias documentales.<br>El procedimiento contempla el diligenciamiento de la matriz de reporte de Asistencia Técnica Sectorial y la revisión de los informes de balance de la asistencia técnica brindada. Sin embargo, los soportes examinados no permiten identificar de manera expresa la actividad de revisión de la matriz establecida en la descripción del control ID 5760 registrada en KAWAK–LUCHA, ni acreditar su realización por parte de la responsable designada.<br>En particular, no se evidenció trazabilidad de las verificaciones efectuadas sobre la información consolidada, constancias de revisión, observaciones, validaciones o resultados documentados que permitan |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | establecer el cumplimiento integral de la actividad de control. |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres | Misional | 2252 | 5937 | El profesional del equipo de Autonomía Económica de la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad responsable del proceso, realiza cuatrimestralmente el seguimiento y la evaluación del plan de alianzas programado para la vigencia, a través de las fichas de requerimientos para programas u oferta en generación de ingresos Código: DCVM-FO-1 y fichas requerimientos para programas de empleo (vacantes) Código: DCVM-FO-2 diligenciadas, con el fin de contar y mantener un portafolio de servicios de empleabilidad para ofrecer a las mujeres de Bogotá y evitar que las mujeres de Bogotá no puedan acceder a procesos de emprendimiento y empleabilidad. Procedimiento estrategia de autonomía económica de las mujeres DCVM-PR-3 | La descripción registrada en LUCHA exige que la profesional responsable realice cuatrimestralmente el seguimiento y la evaluación del plan de alianzas, utilizando las fichas DCVM-FO-1 y DCVM-FO-2, de conformidad con el procedimiento DCVM-PR-3. Los dos archivos comprimidos aportados contienen los mismos nueve documentos de Word. Es decir, para el segundo cuatrimestre no hay evidencias, puesto que son las mismas que se cargaron para el primer cuatrimestre. |
| Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los derechos de las Mujeres | Misional | 1876 | 6315 | "La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de la gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de la entidad ya que son gratuitos. Periodicidad: permanente Evidencia: GTPP-FO-15 - SEGUIMIENTO Y | No cumple no hay evidencias de ejecución que soporten o fundamenten el reporte. |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EMPODERAMIENTO EN LAS CIOM Desviación: cuando se identifique que se está solicitando o recibiendo algún tipo de dádiva para la participación o realización de actividad de bienestar, se debe prohibir el ingreso a la actividad o cancelar el proceso según el rol." | |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | Estratégico | 1876 | 5019 | "La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de la gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de la entidad ya que son gratuitos. Periodicidad: permanente Evidencia: GTPP-FO-15 - SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EMPODERAMIENTO EN LAS CIOM Desviación: cuando se identifique que se está solicitando o recibiendo algún tipo de dádiva para la participación o realización de actividad de bienestar, se debe prohibir el ingreso a la actividad o cancelar el proceso según el rol." | De la revisión de los cinco (5) soportes aportados para acreditar la ejecución del control ID 5019, denominado «Verificación de la inclusión y publicación del mensaje de gratuidad en los canales de atención», correspondiente al proceso Relacionamiento con la Ciudadanía, se evidenció la inclusión del mensaje de gratuidad en una pieza de señalización de la Sede Central, una sección de la página web institucional y los guiones de atención presencial, telefónica y por chat. No obstante, no se aportó un registro de los resultados de la verificación semestral que permita identificar la totalidad de los canales de atención evaluados, las fechas de revisión y el resultado obtenido en cada uno de ellos, conforme a lo previsto en la descripción del control registrada en LUCHA.<br>Asimismo, al contrastar los soportes con los canales y puntos de atención, es decir, no se identificaron evidencias específicas de verificación correspondientes a las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (CIOM), Casa de Todas, puntos de orientación y asesoría jurídica, Línea Púrpura, WhatsApp, correo electrónico institucional y ventanilla virtual de radicación, entre otros mecanismos . En consecuencia, la documentación examinada acredita la existencia del mensaje de gratuidad en los medios soportados, pero no permite verificar el cumplimiento integral de la actividad de |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | control, en cuanto a su cobertura, periodicidad semestral y registro de resultados en la totalidad de los canales de atención de la entidad. |
| Desarrollo de Capacidades para la Vida | Misional | 1876 | 5022 | El profesional responsable del equipo de Autonomía Económica para las Mujeres de la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad, verifica cuatrimestralmente a través de los documentos (correos, folletos, redes sociales) que la información acerca de los servicios divulgados y ofertados para la generación de ingresos de las mujeres, cuente con los anuncios de gratuidad de los mismos y de esta forma evitar que se puedan presentar situaciones que impidan la participación y acceso de forma libre y expontanea de las mujeres del Distrito Capilal a los serviciuos ofertados por la SDMujer. En caso de que se presente esta situación se tomarán las medidas disciplinarias y administrativas pertinentes PROCEDIMIENTO ESTRATEGIA DE AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LAS MUJERES | Se evidenció que las evidencias presentadas para el primer y segundo cuatrimestre de 2026 son las mismas. Los documentos aportados permiten acreditar la ejecución del control durante el primer cuatrimestre de 2026. Sin embargo, para el segundo cuatrimestre de 2026 (mayo-agosto) no se aportaron evidencias correspondientes a dicho período que permitan verificar la revisión de los mensajes de gratuidad en los medios de divulgación de los servicios ofertados, conforme a la periodicidad cuatrimestral establecida en LUCHA. |
| Gestión del Sistema Distrital de Cuidado | Misional | 1876 | 5023 | El o la profesional designado(a) del equipo de trabajo de Manzanas del Cuidado verificará mensualmente que, durante las jornadas de socialización y de conformidad con lo establecido en el procedimiento GSDC-PR- | Aunque se documentó la divulgación de la gratuidad en seis jornadas, no se acreditó la verificación mensual realizada por el profesional designado como lo establece el control. Tampoco se aportaron actas correspondientes a enero y abril de 2026. |

| Proceso | Tipo de proceso | ID Riesgo | ID Control | Descripción del Control | ¿El control se está ejecutando conforme a su descripción? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1, Gestión para la implementación y seguimiento a la operación de las Manzanas del Cuidado, la información divulgada sobre los servicios ofertados indique expresamente que estos son gratuitos y no generan ningún costo para la ciudadanía. En caso de identificarse observaciones o desviaciones, estas serán reportadas al profesional responsable de la socialización, quien deberá tener en cuenta las recomendaciones y realizar los ajustes pertinentes en la preparación de las siguientes jornadas. Como evidencia del control quedaran las actas de los espacios de socialización, las actas de reunión o correo electrónico con las recomendaciones sobre las socializaciones (cuando aplique). | |

**Fuente:** Elaboración propia, de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Criterios:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. Punto 3.8 “Estructura para la Descripción del Control”, el cual establece que los controles deben contar con mecanismos de ejecución, seguimiento y documentación que permitan evidenciar su aplicación conforme a la periodicidad definida por la entidad.

Procedimiento MI-PR-3, Administración del Riesgo, versión 10**.** Actividad 8. Realizar el reporte de la primera línea. La primera línea (responsables de riesgos y controles) reporta los avances y evidencias de la gestión de los riesgos de acuerdo con la periodicidad de los controles y planes tratamiento.

Política de operación No. 2. El responsable de cada control deberá suministrar y/o cargar las evidencias correspondientes en la periodicidad designada por cada proceso, en el mecanismo dispuesto por la entidad para tal fin.

**Causa:** Posibles debilidades en el seguimiento a la ejecución de los controles y en la revisión de las evidencias registradas en LUCHA, particularmente en la verificación de su correspondencia con la descripción. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Se incrementa el riesgo de que las actividades de control no se desarrollen de manera oportuna y completa, generando debilidades en la gestión institucional y posibles afectaciones al cumplimiento de los objetivos de los procesos.

### 3.1.1.6.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"En relación con las observaciones identificadas sobre la ejecución de los controles, la Oficina Asesora de Planeación (OAP) considera importante precisar que, de acuerdo con el esquema institucional de líneas de defensa, la responsabilidad de ejecutar los controles conforme a las condiciones, actividades, periodicidad y evidencias definidas en las matrices de riesgos corresponde a los procesos responsables, en su calidad de primera línea de defensa.*
> *Por su parte, la OAP, como segunda línea de defensa, desarrolla actividades de orientación metodológica, acompañamiento, seguimiento y formulación de recomendaciones para fortalecer la administración de los riesgos institucionales. En cumplimiento de estas funciones, durante la vigencia 2026 se realizaron los seguimientos correspondientes al primer y segundo cuatrimestre, cuyos resultados fueron consolidados en los informes institucionales y puestos a disposición de la Oficina de Control Interno.*
> *Adicionalmente, la entidad se encuentra desarrollando el Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, orientado a actualizar los riesgos y controles de los procesos conforme a los lineamientos metodológicos vigentes. Este ejercicio comprende mesas de trabajo con los responsables de los procesos, en las cuales se revisan la identificación y valoración de los riesgos, sus causas y la formulación de los controles, con el propósito de fortalecer su diseño, aplicabilidad y capacidad para mitigar las causas identificadas.*
> *En concordancia con lo anterior, es importante señalar que la OAP ya cuenta con un plan de mejoramiento específico, identificado con el código AM-2026-1743 en la acción ACC2026-2651, actualmente en estado de ejecución, cuya acción consiste en realizar mesas de trabajo con los procesos para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos. Como producto de esta actividad se contemplan las actas de reunión y/o correos electrónicos que evidencien el desarrollo de las mesas de trabajo adelantadas para este propósito. Esta acción tiene un periodo de ejecución comprendido entre el 9 de junio y el 30 de noviembre de 2026, por lo que su finalización está prevista para el mes de noviembre de la presente vigencia.*
> *En este contexto, las situaciones observadas por la auditoría constituyen insumos relevantes para el desarrollo de las actividades previstas en el plan de mejoramiento y para la revisión de los controles durante el proceso de actualización institucional, particularmente en lo*

*relacionado con la claridad de las actividades, la definición de responsables, la periodicidad de ejecución y los soportes que permiten verificar su cumplimiento.*
*En consecuencia, se solicita tener en cuenta las gestiones adelantadas por la OAP en el marco de sus competencias como segunda línea de defensa, así como el plan de mejoramiento que actualmente se encuentra en ejecución y cuyo propósito está directamente relacionado con el fortalecimiento de los mapas de riesgos de los procesos. Lo anterior, sin desconocer que la ejecución efectiva y oportuna de los controles continúa siendo responsabilidad de los procesos en su calidad de primera línea de defensa.*
*Finalmente, la OAP continuará realizando el acompañamiento metodológico y el seguimiento a las actividades previstas, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la gestión del riesgo institucional y a la mejora de los mecanismos de control.*
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas"*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP señala en su respuesta que la ejecución de los controles corresponde a los procesos, como primera línea de aseguramiento, y expone las actividades de acompañamiento y seguimiento desarrolladas durante la vigencia 2026. Al respecto, es preciso aclarar que el incumplimiento identificado no desconoce esta distribución de responsabilidades, sino que se fundamenta en las diferencias evidenciadas entre las actividades previstas en la descripción de los controles y los soportes aportados para demostrar su ejecución.

En cuanto a las competencias de la OAP, debe tenerse en cuenta que la SdMujer opera bajo un modelo de gestión por procesos, en el cual la OAP, como responsable del proceso de Mejoramiento Institucional, lidera la gestión de riesgos institucionales. Por consiguiente, además de brindar orientación metodológica, le corresponde efectuar seguimiento a la aplicación de los lineamientos establecidos, identificar posibles desviaciones y promover las acciones necesarias para fortalecer la ejecución y documentación de los controles, sin asumir las funciones propias de sus responsables.

Por otra parte, la acción ACC-2026-2651, asociada al plan de mejoramiento AM-2026-1743, contempla la realización de mesas de trabajo para revisar y fortalecer los mapas de riesgos. Aunque esta actividad puede contribuir a mejorar el diseño de los controles, no constituye evidencia suficiente para acreditar que las situaciones observadas hayan sido corregidas. Considerando lo anterior, será importante que, en el desarrollo de esta acción, se contemplen las diferencias identificadas por la auditoría y se definan mecanismos que permitan verificar que los controles se ejecuten conforme a las actividades y condiciones establecidas y **se mantiene el incumplimiento I-03-OAP-2026**, dado que la respuesta presentada se refiere a las responsabilidades institucionales y a las acciones de fortalecimiento en curso, pero no aporta elementos que permitan desvirtuar las diferencias evidenciadas durante la evaluación.

### *3.1.2. Política de Administración del Riesgo de la SdMujer*

La Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer) adoptó la Política de Administración del Riesgo en su versión 11, mediante sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, celebrada el día 30 de septiembre de 2026.

Esta política se enmarca en un enfoque de gestión por procesos basado en riesgos y establece los lineamientos para identificar, analizar, valorar, tratar, monitorear y mejorar la gestión de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Su aplicación se fundamenta en el modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, especialmente en su dimensión de Control Interno, y adopta el enfoque de las tres líneas de aseguramiento, conforme a las guías del Departamento Administrativo de la Función Pública. Con ello, se busca fortalecer la toma de decisiones, prevenir la materialización de riesgos y contribuir al cumplimiento misional de la Entidad, en respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

En razón a lo anterior, la Oficina de Control Interno procedió a validar la misma en función de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 encontrando lo siguiente:

#### *3.1.2.1. Cumplimiento (C): Liderazgo y compromiso de la Alta Dirección*

De acuerdo con la verificación adelantada a la política, se observó que la alta dirección demuestra liderazgo y compromiso como se expone en la sección de "Declaración de la política" cumpliendo con los aspectos que exige el numeral 2.3 / ISO 31000:2018 numeral 5.2. de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas.

***Procesos/ Dependencias asociadas: Oficina Asesora de Planeación.***

#### *3.1.2.2. Cumplimiento (C): Consideraciones generales para la formulación de la política*

De acuerdo con la verificación efectuada para el criterio dispuesto, se observó que los cuatro elementos establecidos en la Guía para la formulación de la política están desarrollados como capítulos independientes y explícitos del documento dando cumplimiento a lo establecido en el numeral 2.3 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.3. Cumplimiento (C): Objetivo de la política orientado a la gestión integral de riesgos*

De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el objetivo propuesto en la política cumple la finalidad preventiva y de cumplimiento de objetivos exigida

por la guía. Aunque no se hace referencia explícita a '"todos los niveles" dentro del objetivo mismo (ese alcance por niveles se desarrolla en el Cap. 9), lo cual es acorde a lo requerido en el numeral 2.3.1 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.4. Cumplimiento (C): Definición del alcance de la política de administración del riesgo en la SdMujer*

De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el alcance definido comprende procesos, programas y proyectos, e incorpora la gestión de riesgos asociados a terceros y contrapartes, en concordancia con lo establecido en el numeral 2.3.2 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.5. Cumplimiento (C): Análisis del contexto interno y externo de la Entidad*

De acuerdo con la verificación realizada a la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer), se evidenció que, en la definición del contexto institucional, tanto interno como externo, se contemplan los aspectos mínimos requeridos en el numeral 2.3.3 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.6. Cumplimiento (C): Niveles de responsabilidad (Esquema de Líneas)*

De acuerdo con la revisión adelantada a la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer), se evidenció que se tiene determinado niveles de responsabilidad frente al manejo de los riesgos mediante esquema de líneas de aseguramiento de manera detallada dando cumplimiento a lo establecido en el numeral 2.3.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.7. Cumplimiento(C): Definición del rol de la Oficina de Control Interno*

De acuerdo con la verificación adelantada a la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer), se evidenció que el rol de la OCI está definido de forma consistente con el numeral 2.3.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 con respecto a la evaluación de efectividad de controles y propuesta de mejoras.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.8. Cumplimiento(C): Esquema metodológico de la Política de Administración del Riesgo*

De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que los elementos mínimos establecidos en el numeral 2.3.5 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, relacionados con factores de riesgo, probabilidad e impacto, severidad y valoración de controles, se encuentran desarrollados como capítulos dentro del cuerpo de la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer), en lugar de estar contenidos en un anexo independiente. Asimismo, la política se remite a la citada guía como referente metodológico y describe el manejo de la herramienta institucional, en cumplimiento de lo exigido por dicho lineamiento.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.9. Cumplimiento(C): Definición del apetito del riesgo (Aspectos mínimos requeridos)*

De acuerdo con la verificación adelantada, se observó que la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer) en su numeral 14 "TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS, NIVELES DE ACEPTACIÓN Y ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO" establece los criterios generales de apetito del riesgo para la SdMujer cumpliendo con los aspectos mínimos requeridos en el numeral 2.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.10. Cumplimiento (C): Socialización y aprobación del apetito del riesgo por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno*

De acuerdo con la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que, durante la sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, celebrada el 30 de septiembre de 2026, se abordó específicamente el apetito del riesgo institucional, mediante la socialización de los criterios de tratamiento y niveles de aceptación establecidos en el numeral 14 de la Política de Administración del Riesgo, versión 11.

Asimismo, se evidenció que estos lineamientos fueron sometidos a consideración del Comité en el marco de la aprobación de la referida política, dando cumplimiento a lo establecido en el numeral 2.4 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, respecto de la aprobación del apetito del riesgo por parte de la instancia institucional competente.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.2.11. Cumplimiento (C): Divulgación, trazabilidad y actualización de la Política de Administración del Riesgo*

De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que existe trazabilidad documental (control de cambios histórico) y un mecanismo formal de divulgación y actualización, en línea con la Nota del numeral 2.3 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.1.3. Avance del Proceso de Actualización de los Riesgos Institucionales Frente al Cronograma de Trabajo Establecido*

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de su rol de tercera línea de aseguramiento, verificó el avance del proceso de actualización de los riesgos institucionales frente al cronograma de trabajo establecido por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), con el propósito de determinar el cumplimiento de las actividades programadas y su implementación en la entidad.

Para lo cual, se revisaron las actividades de orientación y acompañamiento adelantadas por la OAP, los instrumentos metodológicos elaborados y el estado de aprobación de los documentos asociados a la gestión del riesgo. Como soporte del análisis se tomó la respuesta de la OAP a la Solicitud de Información No. 2 (memorando No. 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026) y sus anexos: el Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, el Acta No. 05 del 11 de junio de 2026, la presentación de seguimiento del equipo MIPG, el Acta No. 01 del 1 de septiembre de 2026, el cronograma de mesas de trabajo de septiembre y octubre, y el cuadro resumen de avance por proceso. Los resultados de la revisión se presentan a continuación:

**Plan de trabajo para la actualización de los riesgos:**

La OAP estructuró el Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, elaborado el 29 de mayo de 2026 y aprobado por la Jefatura de la OAP el 11 de junio de 2026. El plan se organiza en cinco fases, con las actividades, los periodos y los responsables que se relacionan en la siguiente tabla:

***Tabla 10.*** *Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026.*

| Fase | Actividades programadas | Periodo programado | Responsable |
|---|---|---|---|
| 1. Alistamiento y diagnóstico | Diagnóstico de brechas, revisión de política, identificación de enlaces | Marzo (preparatoria) y junio de 2026 | OAP y equipo MIPG |

| Fase | Actividades programadas | Periodo programado | Responsable |
|---|---|---|---|
| | y programación de mesas. | | |
| 2. Instrumentos metodológicos | Revisión de política, actualización de herramientas, procedimiento e instructivo. | Junio, septiembre de 2026 | OAP y equipo MIPG |
| 3. Implementación por procesos | Mesas de análisis de contexto, identificación y valoración de riesgos y controles (tres sesiones por proceso). | Septiembre, octubre de 2026 | OAP, líderes y enlaces MIPG |
| 4. Fortalecimiento | Socialización y capacitación metodológica. | Octubre, noviembre de 2026 | OAP y enlaces MIPG |
| 5. Seguimiento y mejora | Verificación de avances, resultados y recomendaciones. | Enero de 2027 en cronograma general | OAP y responsables |

**Fuente:** Respuesta a la Solicitud de Información No. 2, memorando No. 2026-101-002780-3 del 15/10/2026.

De acuerdo con la verificación efectuada al cumplimiento del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, se identificaron los siguientes resultados:

### *3.1.3.1. Cumplimiento (C): Ejecución de las actividades de la Fase 1 "Alistamiento y diagnóstico" del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026.*

Se evidenció el cumplimiento de las actividades de la Fase 1 **"**Alistamiento y diagnóstico**"** del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, conforme a lo siguiente:

- Diagnóstico de brechas: mediante el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) del 26 de marzo de 2026, se socializó el diagnóstico de madurez del Sistema Integral de Administración del Riesgo, que arrojó una puntuación global de 4,6 sobre 5, y que sirvió como insumo para identificar las brechas frente a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Formulación del plan de trabajo: la Oficina Asesora de Planeación elaboró el plan el 29 de mayo de 2026, estructurado en cinco fases con actividades, responsables y periodos de ejecución, y lo aprobó la Jefatura de la Oficina Asesora de Planeación el 11 de junio de 2026, según consta en el Acta No. 05 del equipo MIPG.
- Revisión de la Política de Administración del Riesgo: la revisión de la política, iniciada en el marco de esta fase, culminó con su aprobación por el CICCI el 30 de septiembre de 2026.
- Identificación de enlaces: se identificaron como enlaces para la actualización de los riesgos a los enlaces MIPG designados por cada proceso, quienes participaron en la mesa de apertura del 1 de septiembre de 2026 y coordinan con la Oficina Asesora de Planeación las

mesas de trabajo.

- Programación de mesas: se elaboró el cronograma de mesas de trabajo por proceso para septiembre y octubre de 2026, con tres sesiones por proceso, el cual fue socializado en la mesa de apertura del 1 de septiembre de 2026 y remitido a las y los líderes de proceso y enlaces MIPG mediante correo electrónico del 2 de septiembre de 2026.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.1.3.2. Instrumentos metodológicos para la gestión del riesgo pendientes de aprobación.*

**Condición:** De acuerdo con la verificación efectuada, al 30 de septiembre de 2026, fecha de cierre de la Fase 2 “Instrumentos metodológicos” del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, el procedimiento MI-PR-3 Administración del Riesgo no había sido aprobado ni oficializado en el Sistema Integrado de Gestión “Pandora”, y se encontraba en proceso de revisión y aprobación en el aplicativo.

**Criterio:** Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, Fase 2 “Instrumentos Metodológicos”.

**Causa:** Posibles debilidades en la programación y seguimiento de las actividades de revisión, aprobación y oficialización de los instrumentos metodológicos, frente a los plazos establecidos en el Plan de Trabajo. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Se puede generar una falta de articulación oportuna entre la Política de Administración del Riesgo actualizada y los lineamientos procedimentales para su implementación, lo que podría afectar la aplicación uniforme de la metodología de gestión de riesgos en los procesos institucionales.

##### 3.1.3.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *“Respecto a la oportunidad de mejora relacionada con la aprobación de los instrumentos metodológicos, es importante precisar que la oficina asesora de planeación ha adelantado actividades de revisión y actualización de los documentos asociados a la gestión integral del riesgo institucional, en el marco del plan de trabajo definido para la vigencia 2026.*
> *Como resultado de este ejercicio, la política de administración del riesgo MI-PLT-2, versión 11, fue aprobada el 30 de septiembre de 2026. asimismo, de acuerdo con la información contenida en el informe de auditoría, el procedimiento MI-PR-3 administración del riesgo, versión 11, registra fecha del 15 de octubre de 2026, posterior al corte del 30 de septiembre utilizado para la evaluación de esta oportunidad de mejora.*

*En consecuencia, se solicita considerar el avance posterior al corte de auditoría en el proceso de actualización documental, previa verificación de su aprobación y oficialización en el sistema integrado de gestión.*
*Sin perjuicio de lo anterior, se continuará realizando el seguimiento a los instrumentos metodológicos y, en la última etapa del plan de trabajo para la gestión integral del riesgo institucional 2026, se evaluará la necesidad de establecer acciones adicionales que contribuyan a fortalecer la articulación, oportunidad y aplicación de los lineamientos institucionales.*
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP señala que la Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2, versión 11, fue aprobada el 30 de septiembre de 2026 y que el procedimiento MI-PR-3, versión 11, fue aprobado el 15 de octubre de 2026 y publicado en pandora el 16 de octubre de 2026.

Al respecto, si bien se verificó la posterior aprobación y publicación del procedimiento MI-PR-3, versión 11, en el Sistema Integrado de Gestión "Pandora", es importante precisar que esta gestión se realizó por fuera del plazo máximo establecido en el Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, ya que su vencimiento estaba previsto para el 30 de septiembre de 2026. Por tanto, aunque se subsanó la situación identificada, existió la falta de oportunidad en el cumplimiento de la actividad programada.

Sin embargo, considerando que el procedimiento ya se encuentra aprobado y cargado en Pandora, se reconoce un **beneficio de auditoría**, toda vez que se atendió la situación observada y se avanzó en la articulación de los instrumentos metodológicos para la gestión del riesgo institucional. Por lo anterior, **se retira la oportunidad de mejora OM-04-OAP-2026**, al haberse subsanado la situación identificada. Sin embargo, será importante que la OAP fortalezca el seguimiento a los cronogramas establecidos, con el fin de garantizar que las actividades de revisión, aprobación y formalización de los documentos institucionales se desarrollen dentro de los plazos previstos.

### *3.1.3.3. Oportunidad de mejora (OM-05-OAP-2026): Documentación de las mesas de trabajo para la actualización de los riesgos institucionales.*

**Condición:** El cronograma de mesas de trabajo, socializado el 1 de septiembre de 2026 y remitido a líderes y enlaces MIPG el 2 de septiembre de 2026, contempló cincuenta y nueve (59) sesiones programadas para septiembre de 2026, correspondientes a veintitrés (23) procesos. De acuerdo con las fechas registradas en los soportes revisados, cuarenta y siete (47) sesiones, equivalentes al 79,7%, cuentan con acta fechada hasta el 30 de septiembre de 2026; dos (2), equivalentes al 3,4%,

se documentaron mediante actas de octubre de 2026, posteriores al corte; y diez (10), equivalentes al 16,9%, no cuentan con acta aportada. Adicionalmente, se identificó una sesión no programada del proceso Gestión del Conocimiento e Innovación, realizada el 18 de septiembre de 2026, que no se incluye en el universo de 59 sesiones programadas.

Respecto de las fechas previstas, diecinueve (19) sesiones se realizaron en la fecha programada, siete (7) antes y veintitrés (23) después, incluidas las dos efectuadas en octubre. Para las diez (10) sesiones restantes no se aportó acta que permita establecer su realización. La clasificación se presenta a continuación:

***Tabla 11.*** *Cumplimiento de las fechas de las sesiones de las mesas de trabajo para la actualización de los riesgos institucionales, con corte al 30 de septiembre de 2026*

| Situación | Sesiones | % sobre 59 |
|---|---|---|
| Realizadas en la fecha programada | 19 | 32,2% |
| Realizadas antes de la fecha programada | 7 | 11,9% |
| Realizadas después de la fecha programada, hasta el 30 de septiembre | 21 | 35,6% |
| Realizadas después de la fecha programada, en octubre | 2 | 3,4% |
| Sin acta aportada | 10 | 16,9% |
| Total de sesiones programadas | 59 | 100% |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con el cronograma y soportes remitidos por OAP.

El detalle por proceso se presenta en la siguiente tabla:

***Tabla 12.*** *Sesiones programadas frente a sesiones realizadas, con corte al 30 de septiembre de 2026.*

| Proceso | Sesión | Fecha programada | Fecha del acta | ¿Se realizó? |
|---|---|---|---|---|
| Direccionamiento Estratégico | 1 | 3/09/2026 | No | No |
| Direccionamiento Estratégico | 2 | 10/09/2026 | 10/09/2026 | Sí |
| Direccionamiento Estratégico | 3 | 17/09/2026 | No | No |
| Gestión del Conocimiento e Innovación | 1 | 4/09/2026 | 4/09/2026 | Sí |
| Gestión del Conocimiento e Innovación | 2 | 18/09/2026 | 7/09/2026 | Sí |
| Gestión del Conocimiento e Innovación | 3 | 29/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión del Conocimiento e Innovación | 4 | No programada | 18/09/2026 | Sí |
| Comunicación Estratégica | 1 | 9/09/2026 | 9/09/2026 | Sí |
| Comunicación Estratégica | 2 | 18/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Comunicación Estratégica | 3 | 30/09/2026 | 2/10/2026 | Sí |
| Mejoramiento Institucional | 1 | 3/09/2026 | 7/09/2026 | Sí |
| Mejoramiento Institucional | 2 | 17/09/2026 | 9/09/2026 | Sí |
| Mejoramiento Institucional | 3 | 24/09/2026 | 14/09/2026 | Sí |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | 1 | 18/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Relacionamiento con la Ciudadanía | 2 | 25/09/2026 | 29/09/2026 | Sí |
| Arquitectura Empresarial | 1 | 14/09/2026 | 14/09/2026 | Sí |
| Arquitectura Empresarial | 2 | 21/09/2026 | 17/09/2026 | Sí |
| Arquitectura Empresarial | 3 | 29/09/2026 | 29/09/2026 | Sí |

| Proceso | Sesión | Fecha programada | Fecha del acta | ¿Se realizó? |
|---|---|---|---|---|
| Desarrollo de capacidades la vida de las mujeres | 1 | 15/09/2026 | 15/09/2026 | Sí |
| Desarrollo de capacidades la vida de las mujeres | 2 | 30/09/2026 | No | No |
| Gestión Políticas Públicas | 1 | 14/09/2026 | 14/09/2026 | Sí |
| Gestión Políticas Públicas | 2 | 29/09/2026 | 28/09/2026 | Sí |
| Sistema Distrital de Cuidado | 1 | 7/09/2026 | 7/09/2026 | Sí |
| Sistema Distrital de Cuidado | 2 | 21/09/2026 | 22/09/2026 | Sí |
| Prevención de violencias y atención integral a mujeres | 1 | 16/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Promoción de la participación y representación de las mujeres | 1 | 9/09/2026 | 9/09/2026 | Sí |
| Promoción de la participación y representación de las mujeres | 2 | 23/09/2026 | 23/09/2026 | Sí |
| Promoción de la participación y representación de las mujeres | 3 | 28/09/2026 | No | No |
| Gestión territorial de las políticas públicas por y para los derechos de las mujeres | 1 | 10/09/2026 | No | No |
| Gestión territorial de las políticas públicas por y para los derechos de las mujeres | 2 | 25/09/2026 | 25/09/2026 | Sí |
| Generación y apropiación de conocimiento, sobre la situación de derechos humanos de las mujeres | 1 | 8/09/2026 | No | No |
| Generación y apropiación de conocimiento, sobre la situación de derechos humanos de las mujeres | 2 | 22/09/2026 | 17/09/2026 | Sí |
| Transversalización de los enfoques de derechos humanos de las mujeres, género y poblacional diferencial en el distrito capital | 1 | 11/09/2026 | 16/09/2026 | Sí |
| Transversalización de los enfoques de derechos humanos de las mujeres, género y poblacional diferencial en el distrito capital | 2 | 24/09/2026 | No | No |
| Gestión Tecnológica | 1 | 3/09/2026 | 9/09/2026 | Sí |
| Gestión Tecnológica | 2 | 11/09/2026 | 17/09/2026 | Sí |
| Gestión Tecnológica | 3 | 24/09/2026 | 30/09/2026 | Sí |
| Gestión Administrativa | 1 | 4/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión Administrativa | 2 | 11/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Gestión Administrativa | 3 | 18/09/2026 | No | No |
| Gestión Jurídica | 1 | 8/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión Jurídica | 2 | 15/09/2026 | 21/09/2026 | Sí |
| Gestión Jurídica | 3 | 28/09/2026 | 29/09/2026 | Sí |
| Gestión Talento Humano | 1 | 9/09/2026 | 15/09/2026 | Sí |
| Gestión Talento Humano | 2 | 16/09/2026 | 29/09/2026 | Sí |
| Gestión Financiera | 1 | 4/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión Financiera | 2 | 11/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Gestión Financiera | 3 | 18/09/2026 | No | No |
| Gestión Contractual | 1 | 9/09/2026 | 9/09/2026 | Sí |
| Gestión Contractual | 2 | 16/09/2026 | 22/09/2026 | Sí |

| Proceso | Sesión | Fecha programada | Fecha del acta | ¿Se realizó? |
|---|---|---|---|---|
| Gestión Contractual | 3 | 23/09/2026 | 28/09/2026 | Sí |
| Gestión Documental | 1 | 4/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión Documental | 2 | 11/09/2026 | 18/09/2026 | Sí |
| Gestión Documental | 3 | 18/09/2026 | No | No |
| Evaluación Independiente Gestión | 1 | 16/09/2026 | 16/09/2026 | Sí |
| Evaluación Independiente Gestión | 2 | 23/09/2026 | 25/09/2026 | Sí |
| Evaluación Independiente Gestión | 3 | 30/09/2026 | 2/10/2026 | Sí |
| Gestión Disciplinaria | 1 | 8/09/2026 | 8/09/2026 | Sí |
| Gestión Disciplinaria | 2 | 17/09/2026 | 17/09/2026 | Sí |
| Gestión Disciplinaria | 3 | 23/09/2026 | 23/09/2026 | Sí |

**Fuente:** Cronograma de mesas de trabajo y actas aportadas por la OAP.

Adicionalmente, en la revisión de las actas aportadas se identificaron las siguientes debilidades en su documentación:

- **Una sola acta para varias sesiones:** en los procesos Arquitectura Empresarial, Gestión Tecnológica, Gestión Jurídica, Gestión Contractual y Gestión Disciplinaria se aportó una única acta para documentar tres sesiones. Esta modalidad dificulta individualizar los asistentes, temas tratados, avances y compromisos correspondientes a cada reunión.
- **Actas conjuntas:** se aportaron actas compartidas para los procesos Gestión Administrativa, Gestión Financiera y Gestión Documental, sin diferenciación suficiente de los avances y compromisos de cada proceso.
- **Base del avance reportado:** La Oficina Asesora de Planeación (OAP) informó un avance del 82,6%. Sin embargo, la verificación documental permitió identificar soportes correspondientes a 47 de las 59 sesiones programadas con corte al 30 de septiembre de 2026, equivalentes al 79,7%. Es importante precisar que el cálculo se realizó sobre el número de sesiones y no sobre la cantidad de actas aportadas, toda vez que algunos documentos registran hasta tres reuniones celebradas en fechas diferentes. En consecuencia, cada sesión se contabilizó individualmente, siempre que su realización pudiera verificarse en los soportes adjuntos.

**Criterios:** Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, Fase 3 “Implementación por procesos”.
Acta No. 01 del 1 de septiembre de 2026, mesa de apertura de la actualización de los riesgos institucionales.

**Causa:** Ausencia de lineamientos específicos para la documentación de las mesas de trabajo del ejercicio de actualización de los riesgos institucionales, que establezcan la elaboración de un acta por cada sesión y por cada proceso, el registro de la asistencia en el momento de la reunión y la validación de las actas antes de su archivo. A esto se suman la concentración de un alto número de sesiones en un periodo corto (59 sesiones en septiembre de 2026, con 23 procesos). Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Las actas de las mesas de trabajo son el soporte de las decisiones adoptadas por cada proceso en la identificación y valoración de sus riesgos y controles. Su adecuada documentación permite evidenciar la participación de la primera línea de aseguramiento, la trazabilidad de los acuerdos y compromisos, la justificación de los riesgos que se incorporen en los mapas y la memoria institucional del ejercicio. La ausencia de actas, su consolidación en un solo documento para varias sesiones o su elaboración conjunta para distintos procesos limitan la verificación del cumplimiento del cronograma y la reconstrucción del análisis realizado, y restan confiabilidad al seguimiento de la segunda línea de aseguramiento y a la evaluación independiente de la tercera línea.

#### 3.1.3.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora de Planeación precisa que, en el marco del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, se estableció un cronograma de mesas de trabajo con los diferentes procesos, orientadas a desarrollar el ejercicio de actualización de riesgos y controles conforme a los lineamientos metodológicos vigentes.*
> *Al respecto, es importante señalar que estas sesiones de trabajo aún no han culminado, dado que el ejercicio de actualización requiere la articulación y participación de los responsables y enlaces de los procesos, así como la revisión detallada de sus actividades, riesgos, causas, controles y demás instrumentos de gestión. En algunos casos, por la complejidad de los temas abordados y la necesidad de profundizar en el análisis metodológico, ha sido necesario realizar varias sesiones con un mismo proceso. Por lo anterior, los instrumentos de identificación y valoración de riesgos presentan avances parciales en su diligenciamiento, sujetos a revisión, validación y complementación por parte de los responsables.*
> *En este sentido, la OAP reconoce la importancia de fortalecer la documentación, organización y trazabilidad de las sesiones desarrolladas, de manera que los soportes permitan evidenciar no solamente la realización de las mesas de trabajo, sino también los avances alcanzados en cada espacio, los aspectos revisados, las observaciones formuladas, los ajustes pendientes y los compromisos establecidos para dar continuidad al ejercicio.*
> *Por lo anterior, y atendiendo la oportunidad de mejora identificada por la Oficina de Control Interno, se fortalecerá el registro documental de las mesas de trabajo mediante la elaboración de un acta por cada sesión realizada, en la que se consignarán los avances alcanzados en el respectivo espacio, los temas abordados, las revisiones efectuadas y los compromisos definidos. De igual manera, se conservarán como soportes complementarios los correos electrónicos asociados a la revisión, retroalimentación y validación de los ejercicios de identificación y valoración de riesgos, así como de los instrumentos que se encuentren en proceso de ajuste.*
> *Adicionalmente, es importante precisar que la OAP ya cuenta con un plan de mejoramiento específico, identificado con el código AM-2026-1743, que contempla la acción ACC-2026-2651, actualmente en estado de ejecución. Esta acción consiste en realizar mesas de trabajo con los procesos para la revisión y el fortalecimiento de los mapas de riesgos, y establece como productos las actas de reunión y/o correos electrónicos que evidencien el desarrollo de*

*dichas actividades. Su periodo de ejecución comprende del 9 de junio al 30 de noviembre de 2026.*
*En consecuencia, considerando que la acción ACC-2026-2651 se encuentra formalizada y en ejecución, y que contempla expresamente la realización y documentación de las mesas de trabajo para el fortalecimiento de los mapas de riesgos, la OAP no considera necesario suscribir un nuevo plan de mejoramiento para atender esta oportunidad, toda vez que las observaciones formuladas serán incorporadas en el desarrollo de la acción existente, fortaleciendo los soportes documentales y la trazabilidad de los avances obtenidos en cada sesión.*
*Finalmente, la OAP continuará con el acompañamiento metodológico a los procesos hasta culminar el ejercicio de actualización de riesgos y controles, procurando que cada espacio de trabajo cuente con los respectivos soportes y que estos permitan verificar de manera clara y ordenada las actividades adelantadas, los avances parciales y los resultados obtenidos.*
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP señala que las mesas de trabajo para la actualización de los riesgos institucionales continúan en desarrollo y que, por la complejidad de los temas abordados, ha sido necesario realizar varias sesiones con algunos procesos. Al respecto, se entiende que este ejercicio requiere revisiones y ajustes progresivos, sin embargo, su continuidad no desvirtúa las debilidades identificadas en la documentación de las sesiones programadas para septiembre de 2026.

Por otra parte, se considera pertinente la propuesta de la OAP de elaborar un acta por cada sesión y conservar los correos electrónicos y demás documentos como soportes complementarios. En cuanto al plan de mejoramiento AM-2026-1743 y la acción ACC-2026-2651, se observa que esta última contempla la realización de mesas de trabajo y su documentación mediante actas y/o correos electrónicos. Por tanto, será necesario asegurarse que las acciones den cuenta del control implementado relacionado con las debilidades del presente hallazgo, siempre que permitan atender las debilidades identificadas y verificar su implementación.

Considerando lo anterior, **se mantiene la oportunidad de mejora OM-05-OAP-2026**, dado que las medidas propuestas constituyen compromisos de fortalecimiento documental, pero no modifican las situaciones evidenciadas durante la auditoría. Será importante que la OAP asegure la documentación individual de las sesiones, la identificación de los avances y compromisos de cada proceso y la trazabilidad del ejercicio de actualización de riesgos institucionales.

#### *3.1.3.4. Cumplimiento (C): Avance en la ejecución de las actividades de la Fase 4 "Socialización y capacitación metodológica".*

Se evidenció un avance en las actividades de socialización y fortalecimiento metodológico en gestión del riesgo de la Fase 4 del Plan de Trabajo, las cuales se adelantaron con anterioridad al periodo programado (octubre y noviembre de 2026). Se divulgaron los lineamientos del ‘‘ABC para la Gestión

de Riesgos" en las mesas de enlaces MIPG del 22 de mayo, 26 de mayo y 28 de agosto de 2026; se socializó el Instrumento de Identificación de Contexto (MI-FO-31) el 7 de julio de 2026; y se difundieron piezas de comunicación institucional el 11 de junio y el 18 de agosto de 2026. Estas actividades se encuentran soportadas en actas, registros de asistencia y piezas de comunicación, y permitieron que los procesos contaran con los lineamientos y herramientas metodológicas antes del inicio de las mesas de trabajo para la actualización de sus riesgos.

**Procesos/Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

Por otro lado, de acuerdo con el Plan de Trabajo, la Fase 5 "Seguimiento y mejora" contempla la verificación de avances, resultados y recomendaciones, y su ejecución se encuentra programada para enero de 2027.

En atención a lo anterior, y considerando el corte de evaluación al 30 de septiembre de 2026, se verificaron las actividades de seguimiento adelantadas por la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de segunda línea de aseguramiento, identificando los siguientes avances:

- Primer cuatrimestre de 2026: mediante el informe de monitoreo con corte al 30 de abril de 2026, la OAP reportó la validación del monitoreo de ochenta y cinco (85) de los ochenta y siete (87) riesgos registrados, así como la revisión de evidencias de ejecución de ciento cuarenta y siete (147) de los ciento cincuenta y seis (156) controles. Como resultado, emitió diecisiete (17) correos electrónicos con alertas preventivas y recomendaciones técnicas dirigidas a fortalecer los soportes y la trazabilidad de la gestión de riesgos.
- Segundo cuatrimestre de 2026: mediante el informe de monitoreo con corte al 31 de agosto de 2026, la OAP reportó el seguimiento de ochenta y siete (87) riesgos y la revisión de evidencias de ciento dieciséis (116) de los ciento veintiséis (126) controles registrados. Los diez (10) controles restantes correspondían a riesgos de seguridad de la información cuya ejecución se encontraba en curso. Adicionalmente, informó la emisión de tres (3) correos electrónicos con alertas preventivas y recomendaciones técnicas.

Estos ejercicios evidencian actividades de seguimiento ordinario a la gestión de riesgos institucionales, desarrolladas por la OAP durante la vigencia 2026, que constituyen antecedentes e insumos para la posterior evaluación de los resultados del proceso de actualización.

Sin embargo, los monitoreos cuatrimestrales no acreditan por sí mismos la ejecución de la Fase 5, ya que esta contempla la verificación de los avances y resultados derivados del proceso de actualización de los riesgos institucionales, cuya consolidación y cierre se encuentran programados para enero de 2027.

En consecuencia, con corte al 30 de septiembre de 2026, se identifican actividades previas de seguimiento y emisión de recomendaciones, sin que resulte procedente determinar el cumplimiento definitivo de la Fase 5, dado que su período de ejecución aún no ha iniciado.

## *3.2. Análisis de la Guía DE-GU-4 "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional"*

En el marco de la Auditoría Interna Basada en Riesgos ABR4 – Direccionamiento Estratégico, vigencia 2026, la Oficina de Control Interno evaluó la aplicación de la Guía DE-GU-4, versión 1, del 8 de marzo de 2024, *«Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional»*, instrumento que orienta la formulación y articulación de la planeación estratégica, los objetivos institucionales, las políticas de gestión y desempeño del MIPG y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

Para ello, se verificó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la guía, mediante el análisis de la información y los soportes documentales suministrados por la Oficina Asesora de Planeación, particularmente los radicados 2026-101-002551-3 del 6 de octubre de 2026 y 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026.

La evaluación permitió identificar las actividades acreditadas, las debilidades y las oportunidades de mejora, diferenciando la existencia formal de los instrumentos de planeación de su aplicación efectiva y trazabilidad documental, con el propósito de contribuir al fortalecimiento del direccionamiento estratégico y al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

### *3.2.1. Aplicación de los lineamientos metodológicos para la formulación, seguimiento, evaluación y control del Plan Estratégico Institucional, conforme a la Guía DE-GU-4, versión 1.*

#### *3.2.1.1. Cumplimiento (C): Plan Estratégico institucional para responder el ¿Qué?*

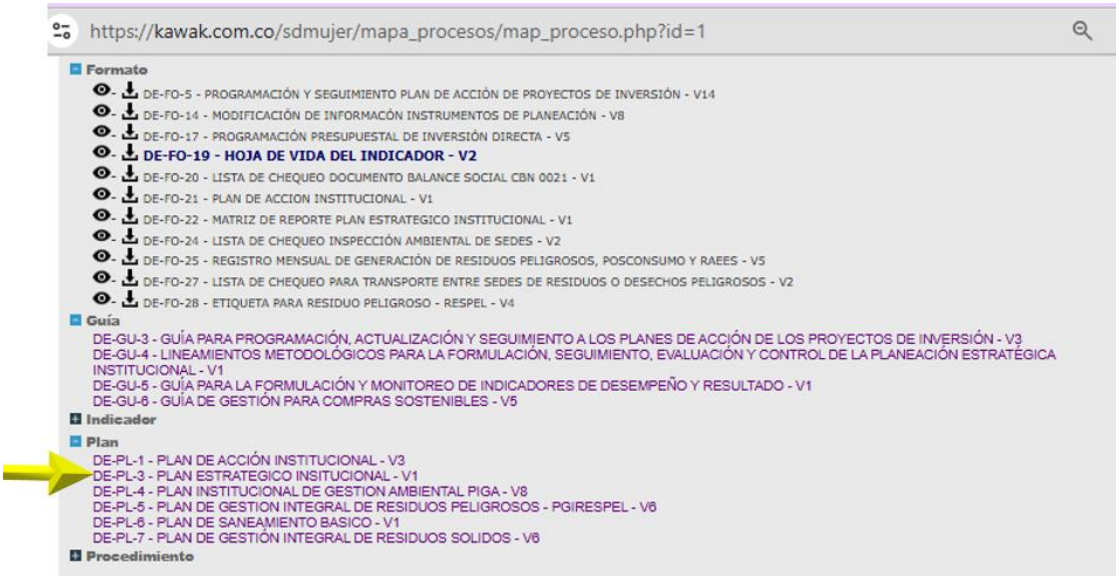
En la revisión del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027, código DE-PL-3, versión 01, del 31 de octubre de 2025, se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con un instrumento de planeación en el cual se encuentran definidos los elementos que orientan su direccionamiento estratégico, entre ellos, la misión, visión, principios y valores institucionales, análisis del contexto estratégico, objetivos, estrategias y mecanismos de monitoreo y seguimiento.

Estos componentes permiten establecer el marco de referencia para orientar la gestión de la entidad durante el cuatrienio 2024-2027, en concordancia con su objeto misional y las prioridades institucionales.

Por lo anterior, se evidenció el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Guía DE-GU-4, "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la

Planeación Estratégica Institucional", en lo relacionado con la definición y documentación de los elementos que conforman el Plan Estratégico Institucional.

***Imagen 2.*** *Publicación del Plan Estratégico Institucional (DE-PL-3, versión 01) en el Sistema Integrado de Gestión.*




**Fuente:** Sistema Integrado de Gestión LUCHA

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.2.1.2. Cumplimiento (C): Formulación y articulación misión, visión, principios y valores éticos*

En la revisión del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027, código DE-PL-3, versión 01, del 31 de octubre de 2025, se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer, en los numerales 6, 7 y 8, tiene definidos la misión, visión, principios, valores y directrices éticas, como elementos orientadores del direccionamiento estratégico institucional.

En cuanto a la misión, se observó que su formulación permite identificar el propósito de la entidad, las funciones que desarrolla, la población a la cual dirige sus actuaciones y la finalidad de su gestión, dando respuesta a los interrogantes relacionados con qué hace, cómo lo hace, para quién y por qué lo hace, en concordancia con su objeto misional.

***Imagen 3.*** *Misión SdMujer*




**Fuente:** Pagina Web Entidad. https://www.sdmujer.gov.co/sobre-nuestra-secretaria

Respecto a la visión, se evidenció que establece la proyección de la entidad hacia el futuro, definiendo el escenario institucional que se pretende alcanzar y orientando las actuaciones hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

***Imagen 4.*** *Visión SdMujer*




**Fuente:** Pagina Web Entidad. https://www.sdmujer.gov.co/sobre-nuestra-secretaria

Por otra parte, se observó que los principios, valores y directrices éticas incorporados en el PEI guardan correspondencia con los lineamientos del Código de Integridad de la Secretaría Distrital de la Mujer, constituyéndose en referentes para orientar el comportamiento y las actuaciones de las servidoras y los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.

Es así como, de la verificación efectuada, se evidenció que estos elementos se encuentran documentados en el Plan Estratégico Institucional y articulados con la misionalidad de la entidad, proporcionando un marco de referencia para la formulación de los objetivos y estrategias institucionales.

Por lo anterior, se establece cumplimiento de lo previsto en el literal b de la Guía DE-GU-4, *"Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional"*, en lo relacionado con la formulación y documentación de la misión, visión, principios y valores éticos de la Secretaría Distrital de la Mujer.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.2.1.3. Oportunidad de Mejora (OM-06-OAP-2026): Metodología de planeación (¿cómo?)*

**Condición:** De la revisión documental efectuada al Plan Estratégico Institucional 2024-2027, código DE-PL-3, versión 01, del 31 de octubre de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer incorporó los elementos metodológicos orientados a la formulación y estructuración de su planeación estratégica institucional, en concordancia con los lineamientos generales establecidos en la Guía DE-GU-4, *"Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional".*

En particular, se identificaron que los componentes del uno (01) al cinco (05) se cumplen de manera integral:

1. Análisis del contexto estratégico
2. Articulación del contexto con la planeación
3. Alineación estratégica
4. Definición de objetivos y estrategias
5. Monitoreo y seguimiento

Sin embargo, respecto al número seis (06) que establece:

Participación institucional y metodología de planeación por escenarios: La Guía DE-GU-4 establece que la Alta Dirección realizará una jornada de planeación estratégica para conocer el estado inicial de la entidad y analizar las condiciones del entorno, proponiendo la metodología de planeación por escenarios.

Durante la verificación realizada no se identificaron soportes documentales que evidencien la ejecución de la jornada de planeación estratégica por parte de la Alta Dirección en los términos previstos en la Guía DE-GU-4. En consecuencia, no fue posible constatar el desarrollo de este espacio bajo las condiciones y alcance definidos en dicho instrumento.

Al respecto, mediante la respuesta al requerimiento de información, radicado 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026, numeral 7, la Oficina Asesora de Planeación manifestó que, durante la vigencia 2024, debido a los compromisos asociados al cierre de la vigencia y a las dificultades para concertar las agendas de la totalidad del equipo directivo, la Alta Dirección orientó adelantar la revisión de la planeación estratégica mediante ejercicios participativos con los enlaces MIPG y las diferentes dependencias.

Asimismo, señaló que, a partir de los resultados obtenidos, se previó remitir la propuesta al equipo directivo para su revisión, retroalimentación y formulación de aportes. Sin embargo, entre los soportes examinados no se identificó evidencia documental que permita verificar la realización de dicha revisión posterior por parte de la Alta Dirección, ni los resultados de un ejercicio de construcción de escenarios prospectivos conforme a la metodología propuesta en la guía.

En consecuencia, si bien se reconoce la ejecución de actividades de diagnóstico, análisis del entorno y construcción participativa de la planeación estratégica institucional, se identifica una oportunidad de mejora relacionada con la aplicación integral y la trazabilidad documental de la metodología establecida en la Guía DE-GU-4, particularmente respecto de la participación de la Alta Dirección en la jornada de planeación estratégica y la documentación de las decisiones adoptadas frente a los resultados del ejercicio.

**Criterio:** Guía DE-GU-4, versión 1, del 8 de marzo de 2024, denominada "*Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional"*, en el literal c, *«Metodología de planeación: (¿cómo?)»*, página 6, establece: *"La Alta Dirección realizará una jornada de planeación estratégica que permitirá conocer el estado inicial en el que se encuentra la entidad, y la posibilidad de alinear, lograr o evitar los efectos positivos o negativos que se evidencien en el entorno".*

En este sentido, el lineamiento institucional establece **expresamente** la realización de una jornada de planeación estratégica con la Alta Dirección, mientras que la planeación por escenarios se presenta como metodología propuesta para el desarrollo del ejercicio.

**Causa:** Posibles debilidades en la coordinación y programación de las actividades de planeación estratégica que requieren la participación de la Alta Dirección, así como en la documentación de su intervención y de las decisiones adoptadas. Lo anterior, considerando las dificultades de agenda y los compromisos institucionales de cierre de vigencia señalados por la OAP. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Se limita la trazabilidad de la participación de la Alta Dirección en la revisión y validación de la planeación estratégica institucional, así como la verificación del cumplimiento de la metodología establecida en la Guía DE-GU-4, particularmente respecto de las decisiones adoptadas a partir de los ejercicios participativos desarrollados.

#### 3.2.1.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora de Planeación reconoce la importancia de garantizar la aplicación integral de los lineamientos metodológicos establecidos en la Guía DE-GU-4, particularmente en lo relacionado con la participación de la Alta Dirección en los ejercicios de planeación estratégica y la documentación de los análisis, decisiones y orientaciones que se deriven de estos espacios.*
> *Al respecto, es pertinente precisar que, durante la vigencia 2024, en el marco de la formulación del Plan Estratégico Institucional 2024-2027, la OAP adelantó ejercicios participativos con los enlaces MIPG y las diferentes dependencias, orientados a recopilar información, analizar el contexto institucional, identificar necesidades y oportunidades de mejora y construir insumos para la definición de los elementos estratégicos de la entidad. Estos ejercicios permitieron desarrollar actividades de diagnóstico y análisis del entorno, así como recoger los aportes de las diferentes áreas para la estructuración de la planeación institucional.*
> *No obstante, se reconoce que, dadas las dificultades presentadas para concertar la agenda de la totalidad del equipo directivo durante el cierre de la vigencia 2024, el ejercicio se desarrolló mediante una metodología participativa con las dependencias, sin que se lograra documentar de manera suficiente una jornada específica de planeación estratégica de la Alta Dirección bajo las condiciones previstas en la Guía DE-GU-4.*
> *Por lo anterior, la OAP tendrá en cuenta esta observación para fortalecer la aplicación de la Guía DE-GU-4 en los próximos ejercicios de formulación, actualización y revisión de la planeación estratégica institucional, por lo que no se tomarán acciones adicionales."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

Se reconocen las gestiones adelantadas durante la formulación del Plan Estratégico Institucional 2024-2027, así como las precisiones efectuadas respecto a las dificultades presentadas para desarrollar y documentar una jornada específica de planeación estratégica con participación de la Alta Dirección, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía DE-GU-4.

En este sentido, se considera propicia y adecuada la disposición manifestada por la OAP de incorporar las observaciones formuladas en los próximos ejercicios de formulación, actualización y revisión de la planeación estratégica institucional. Asimismo, se espera que los compromisos expresados en la respuesta se traduzcan en acciones internas que permitan fortalecer la participación de la Alta Dirección y la trazabilidad documental de los análisis y decisiones adoptadas.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno **mantiene la oportunidad de mejora OM-06-OAP-2026**, reconociendo las aclaraciones y compromisos manifestados por la dependencia, cuya implementación contribuirá a superar las situaciones identificadas y al fortalecimiento continuo de la planeación estratégica institucional.

### *3.2.1.4. Oportunidad de Mejora (OM-07-OAP-2026): Fortalecimiento de la formulación de los objetivos estratégicos institucionales conforme a los criterios de medición y temporalidad.*

**Condición:** En la revisión del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027, código DE-PL-3, versión 01, del 31 de octubre de 2025, se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer definió cuatro (4) objetivos estratégicos, organizados de acuerdo con las perspectivas del Cuadro de Mando Integral (*Balanced Scorecard*), relacionadas con ciudadanía, procesos, aprendizaje y crecimiento, y financiera.

Estos objetivos se encuentran documentados en el numeral 12 del PEI, páginas 24 a 28, y están orientados al cumplimiento de la misión institucional, mediante la definición de estrategias que buscan responder a las necesidades de la entidad y contribuir al logro de los resultados esperados.

En la verificación de su formulación, se identificaron los siguientes aspectos:

1. Perspectiva hacia la ciudadanía: El objetivo estratégico establecido en el numeral 12.1.1, páginas 24 y 25, inicia con el verbo en infinitivo “Implementar” y contempla acciones integrales orientadas al cumplimiento de la misionalidad de la entidad. Sin embargo, en su formulación no se identifican metas cuantificables ni un plazo específico para alcanzar el resultado esperado.
2. Perspectiva de procesos: El objetivo estratégico definido en el numeral 12.2.1, página 26, está orientado al fortalecimiento del modelo de operación por procesos, en concordancia con las necesidades de gestión institucional. No obstante, no establece parámetros de medición ni un plazo individual que permita determinar el cumplimiento del objetivo.
3. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: El objetivo estratégico contenido en el numeral 12.3.1, página 27, inicia con el verbo en infinitivo “Promover” y está orientado al fortalecimiento de una cultura de aprendizaje institucional. Si bien identifica los medios y la finalidad de la intervención, no precisa resultados cuantificables ni un horizonte temporal específico para su cumplimiento.
4. Perspectiva financiera: El objetivo estratégico establecido en el numeral 12.4.1, página 28, inicia con el verbo en infinitivo “Gerenciar” y está orientado a la administración eficiente de los recursos financieros y físicos de la entidad. Sin embargo, no incorpora parámetros cuantitativos ni un plazo individual de cumplimiento que permita establecer el resultado esperado.

De igual manera, se observó que el PEI contempla estrategias asociadas a cada uno de los objetivos estratégicos, desarrolladas entre las páginas 25 y 28, lo que permitió identificar las actuaciones previstas para orientar su cumplimiento.

Sin embargo, aunque los cuatro (4) objetivos estratégicos se encuentran estructurados bajo las perspectivas del Cuadro de Mando Integral, inician con verbos en infinitivo y guardan relación con las necesidades institucionales, en su formulación no se identifican elementos específicos de

medición ni plazos individuales de cumplimiento, aspectos previstos en la Guía DE-GU-4, *«Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional»*.

Por lo anterior, se considera importante fortalecer la formulación de los objetivos estratégicos, de manera que, además de establecer las acciones y finalidades institucionales, se definan o identifiquen claramente los parámetros que permitan medir los resultados esperados y verificar su cumplimiento dentro de un periodo determinado.

**Criterio:** Guía DE-GU-4, versión 1, del 8 de marzo de 2024, *"Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional"*, en el literal d, "Objetivos estratégicos", establece: *"Los objetivos estratégicos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y delimitados en el tiempo, así como deben cumplir con las necesidades de la entidad.*

> *¿Cómo se construyen?: deben iniciar con verbos en infinitivo. Ej.: liderar, establecer, reducir, fortalecer, promover, eliminar, mejorar, optimizar, incrementar, integrar, implementar, aumentar, etc.*
>
> *Se recomienda utilizar la siguiente estructura: Qué se va a realizar (verbo en infinitivo) + Mediante qué (uso de los recursos) + Para qué (lo que desea transformar o lo que desea lograr).*
>
> *Las construcciones de los objetivos estratégicos institucionales deben estar alineados a la herramienta de Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) propuesto por Kaplan y Norton (2006), la cual permite integrar y alinear estos objetivos estratégicos, a las estrategias, metas e indicadores de gestión de la entidad."*

**Causa:** Posibles debilidades en la aplicación de los criterios metodológicos establecidos en la Guía DE-GU-4 para la formulación de los objetivos estratégicos, particularmente en la definición de parámetros de medición y plazos de cumplimiento. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Se dificulta la medición objetiva del cumplimiento de los objetivos estratégicos y la evaluación de los resultados alcanzados, lo que puede limitar la identificación oportuna de desviaciones y la toma de decisiones para el cumplimiento de la planeación institucional.

#### 3.2.1.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*"La Oficina Asesora de Planeación considera pertinente precisar que el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027 se encuentra estructurado bajo el enfoque del Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), mediante cuatro perspectivas estratégicas: ciudadanía, procesos, aprendizaje y crecimiento, y financiera. Estas perspectivas permiten organizar los objetivos estratégicos y las estrategias institucionales en función de la misión y los resultados esperados por la entidad.*

*En este sentido, es importante señalar que los objetivos estratégicos constituyen declaraciones de direccionamiento institucional que establecen los propósitos y resultados generales que orientan la gestión de la entidad durante el horizonte de ejecución del PEI. Su medición y seguimiento se desarrollan a través de indicadores asociados a las estrategias definidas para cada perspectiva, los cuales permiten operacionalizar los objetivos y verificar periódicamente los avances alcanzados.*

*Al respecto, la entidad sí cuenta con instrumentos de medición y seguimiento del PEI, los cuales se adjuntan como soporte de la presente respuesta. En particular, la matriz denominada Matriz de reporte y seguimiento PEI 2024-2027 contempla, para cada una de las perspectivas y estrategias institucionales, la definición de indicadores, fuentes de información, responsables del reporte, ponderaciones, fechas de inicio y finalización de la medición y periodicidad de reporte. De esta manera, se establecen parámetros que permiten realizar el seguimiento al avance de la planeación estratégica durante el horizonte de vigencia del Plan.*

*De igual manera, se cuenta con el Informe de Medición del Plan Estratégico Institucional Vigencia 2025, mediante el cual se consolidaron los resultados del seguimiento a los indicadores asociados a las cuatro perspectivas del PEI, incluyendo el reporte de avances, fuentes de información y resultados cualitativos y cuantitativos de las estrategias institucionales. Este ejercicio evidencia que la entidad dispone de mecanismos para evaluar el desarrollo de su planeación estratégica y documentar los resultados obtenidos.*

*En consecuencia, si bien se reconoce que los objetivos estratégicos, en su formulación textual, no incorporan de manera individual metas cuantificables ni plazos específicos, estos elementos se encuentran desarrollados en los instrumentos de medición y seguimiento asociados a las estrategias que los operacionalizan. Por tanto, se considera importante diferenciar la formulación del objetivo estratégico, como declaración del propósito institucional, de los mecanismos e indicadores establecidos para medir su cumplimiento.*

*No obstante, atendiendo la oportunidad de mejora identificada por la Oficina de Control Interno, la OAP tendrá en cuenta la recomendación para fortalecer la articulación entre los objetivos estratégicos, sus indicadores y los resultados esperados, de manera que en los próximos ejercicios de revisión o actualización del PEI se evalúe la pertinencia de incorporar metas de resultado y referentes temporales más explícitos, que faciliten la interpretación, medición y evaluación del cumplimiento de los objetivos institucionales. Sin embargo, no se tomarán acciones adicionales en esta vigencia, sino en el próximo ejercicio de levantamiento del PEI.*

*Nota: Se remiten anexos de soporte de indicadores que soportan la medición del PEI."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

En particular la Matriz de reporte y seguimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027 y el Informe de Medición del PEI vigencia 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que la entidad cuenta con mecanismos de medición, reporte y seguimiento para la gestión del Plan Estratégico Institucional, en los cuales se encuentran definidos indicadores, responsables, fuentes de información, tiempos de ejecución, ponderaciones y periodicidades de reporte, elementos que permiten realizar el monitoreo y la evaluación de los avances de las estrategias institucionales.

No obstante, la observación formulada no está orientada a la inexistencia de mecanismos de seguimiento o medición, aspecto que se reconoce a partir de las evidencias aportadas, sino a la oportunidad de fortalecer la formulación y redacción de los objetivos estratégicos contenidos en el PEI, de manera que estos incorporen de forma más explícita atributos asociados a resultados esperados, criterios de medición y horizontes temporales, facilitando su comprensión, seguimiento y evaluación integral.

En este sentido, si bien los indicadores y demás instrumentos de seguimiento operacionalizan las estrategias institucionales y permiten medir su ejecución, se considera pertinente avanzar en una mayor articulación entre la formulación de los objetivos estratégicos y los mecanismos de medición asociados, con el fin de fortalecer la trazabilidad entre los propósitos institucionales planteados y los resultados esperados.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que la dependencia reconoce la pertinencia de la recomendación e informa que esta será considerada en el próximo ejercicio de revisión o actualización del Plan Estratégico Institucional, la Oficina de Control Interno determina **mantener la oportunidad de mejora OM-07-OAP-2026**, precisando que esta se encuentra orientada al fortalecimiento de la redacción y estructuración de los objetivos estratégicos del PEI, y no a la ausencia de mecanismos de medición, seguimiento o evaluación institucional.

#### *3.2.1.5. Cumplimiento (C): Articulación de las dimensiones MIPG, las políticas de gestión y desempeño institucional y la gestión por procesos.*

En la revisión de los documentos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y los soportes aportados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con mecanismos para la implementación y articulación de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las políticas de gestión y desempeño institucional y la gestión por procesos.

Al respecto, se verificó la Resolución 0130 del 24 de abril de 2024, cuyos artículos 10 y 11 establecen los roles, responsabilidades y liderazgo de las políticas de gestión y desempeño institucional. Asimismo, mediante el Memorando 3-2026-000318 del 13 de febrero de 2026 y el Acta 01 del 27 de febrero de 2026 de la Mesa de Enlaces MIPG, se evidenciaron lineamientos y actividades de articulación de dichas políticas con el Plan de Acción Institucional (PAI), el Plan de Adecuación y Sostenibilidad del MIPG y los demás instrumentos de planeación.

En relación con la gestión por procesos, mediante el radicado 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026, la OAP informó sobre las actividades de revisión y reestructuración del mapa de procesos adelantadas durante 2025, mediante encuentros y jornadas de co-creación, cuyos resultados fueron presentados, según lo reportado, ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) el 12 de agosto de 2025. Adicionalmente, se observaron actualizaciones documentales en LUCHA y se evidenció la utilización de la plataforma Pandora como actual sistema de información de la entidad, en el cual se encuentra publicado el mapa de procesos institucional. Asimismo, se verificaron catorce (14) matrices DOFA, cuyos análisis fueron incorporados al diagnóstico institucional del Plan Estratégico Institucional 2024-2027, código DE-PL-3, versión 01.

Por lo anterior, se evidenció cumplimiento de los lineamientos establecidos en el literal e de la Guía DE-GU-4, versión 1, respecto a la asignación de responsabilidades, la articulación de las políticas MIPG con la planeación institucional y el desarrollo de actividades de revisión de la gestión por procesos, sin perjuicio de los aspectos susceptibles de fortalecimiento identificados en la oportunidad de mejora correspondiente.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.2.1.6. Cumplimiento(C): Gestión por procesos en la SdMujer.*

De acuerdo con la revisión realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación lideró durante la vigencia 2025 el proceso de revisión y reestructuración del mapa de procesos institucional, mediante una ruta de trabajo definida que incluyó una primera jornada de co-creación desarrollada en abril de 2025 y una segunda mesa de trabajo llevada a cabo el 11 de junio de 2025. En estos espacios se revisaron, analizaron y consolidaron los ajustes propuestos para fortalecer y definir la estructura de procesos de la Entidad.

Asimismo, se verificó en la sede electrónica de la Entidad, en el apartado "1.3 Mapas y cartas descriptivas de los procesos", la publicación del mapa de procesos institucional conformado por seis (6) procesos estratégicos, ocho (8) procesos misionales, siete (7) procesos de apoyo y dos (2) procesos de evaluación. De igual forma, se constató la actualización de las respectivas caracterizaciones de proceso, las cuales incluyen la identificación de clientes, usuarios y proveedores, las entradas requeridas, las actividades clave asociadas a los procedimientos, así como las salidas representadas en productos y servicios, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Guía para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1).

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.2.1.7. Oportunidad de mejora (OM-08-OAP-2026): Construcción de indicadores de gestión en los procesos de la SdMujer.*

**Condición:** De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno en el aplicativo PANDORA, se evidenció el cargue de los indicadores por parte de los procesos de la Entidad. No obstante, se identificó que los siguientes procesos no tienen indicadores de gestión definidos: Arquitectura Empresarial; Relacionamiento con la Ciudadanía; Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres; Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres; Gestión del Sistema Distrital del Cuidado; Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres; Gestión Financiera; Gestión Jurídica; Gestión de Talento Humano; Gestión Documental; Gestión Administrativa.

Lo anterior evidencia la ausencia de mecanismos de medición que permitan realizar el seguimiento y la evaluación del desempeño de dichos procesos, dificultando la verificación del cumplimiento de sus objetivos, metas y resultados previstos. En este sentido, resulta necesario establecer indicadores que faciliten el monitoreo de la ejecución de las actividades, la medición del avance hacia el logro de los objetivos institucionales y la identificación oportuna de oportunidades de mejora, de conformidad con lo establecido en la Cuarta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) denominada “Evaluación de Resultados”.

**Criterios:** Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 2.2 Política de Planeación institucional, el cual establece la necesidad de evaluar los resultados de la gestión mediante herramientas de medición que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1), literal f) Gestión por Procesos, que establece *"4. Construcción de indicadores de gestión: con base en sus procesos las mediciones necesarias para monitorear el desempeño de sus procesos, productos y servicios."*

**Causa:** Ausencia de mecanismos de planeación y control orientados a la definición e implementación de indicadores de gestión que permitan monitorear el desempeño de los procesos, productos y servicios de la Entidad. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Riesgo de no identificar desviaciones en la ejecución de los procesos ni determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos y resultados institucionales, afectando la evaluación de la gestión y la adopción oportuna de acciones de mejora.

### 3.2.1.7.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora de Planeación reconoce la importancia de que todos los procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer cuenten con indicadores de gestión que permitan medir su desempeño, realizar seguimiento al cumplimiento de sus objetivos, evaluar los resultados alcanzados e identificar oportunamente desviaciones y oportunidades de mejora, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), particularmente con la dimensión de Evaluación de Resultados.*
> *Al respecto, es importante precisar que, desde la OAP, se han venido realizando alertas y llamados de atención a los procesos que, de acuerdo con la revisión de la información registrada en el aplicativo Pandora, a la fecha no cuentan con indicadores de gestión definidos. Estas orientaciones se han efectuado en el marco del acompañamiento metodológico que desarrolla esta Oficina para fortalecer la gestión por procesos y los mecanismos institucionales de seguimiento y evaluación.*
> *Adicionalmente, como acción interna de fortalecimiento, la OAP remitirá un memorando dirigido a las lideresas y los líderes de los procesos, mediante el cual se reiterará la necesidad de formular, documentar y registrar los indicadores de gestión correspondientes a cada proceso, de acuerdo con su objetivo, alcance, actividades, productos y resultados esperados. Así mismo, se establecerá la importancia de definir indicadores que sean pertinentes, medibles, verificables y que cuenten con los elementos necesarios para su seguimiento, tales como fórmula de cálculo, unidad de medida, meta, periodicidad, fuente de información y responsable de reporte.*
> *En este sentido, es necesario precisar que, si bien la OAP, en su rol de orientación metodológica y segunda línea de defensa, brinda lineamientos, acompañamiento y seguimiento para el fortalecimiento de los instrumentos de gestión institucional, la responsabilidad de identificar la necesidad, construir, validar, implementar y realizar el seguimiento a los indicadores de gestión recae en las lideresas y los líderes de cada proceso, en su calidad de responsables de la gestión y de los resultados de estos. Por tanto, corresponde a cada proceso adelantar las actividades necesarias para contar con mecanismos de medición que permitan evaluar su desempeño y aportar al cumplimiento de los objetivos institucionales.*
> *La OAP continuará brindando el acompañamiento metodológico requerido para la formulación y revisión de los indicadores, así como realizando el seguimiento a su incorporación y actualización en Pandora, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la cultura de medición, evaluación y mejora continua en la entidad.*
> *En consecuencia, la acción institucional estará orientada a formalizar el requerimiento mediante memorando, reiterar las responsabilidades de los líderes de proceso y promover la definición y registro de los indicadores faltantes, de manera que todos los procesos de la Secretaría cuenten con mecanismos de medición que permitan hacer seguimiento a su gestión y resultados."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

Analizada la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación, la Oficina de Control Interno reconoce las acciones adelantadas por dicha dependencia en el marco de su rol como segunda línea de aseguramiento, orientadas a promover la formulación, documentación y registro de indicadores de gestión por parte de los procesos de la Entidad, así como el acompañamiento metodológico y las alertas generadas frente a aquellos procesos que actualmente no cuentan con mecanismos de medición definidos.

No obstante, la respuesta suministrada ratifica la situación identificada durante la evaluación, en tanto se reconoce que a la fecha no todos los procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer cuentan con indicadores de gestión formulados e implementados, situación que limita la medición integral del desempeño institucional y la evaluación homogénea de los resultados alcanzados por cada proceso. Si bien la Oficina Asesora de Planeación ha manifestado que continuará desarrollando acciones de seguimiento, orientación y generación de alertas para promover la incorporación de los indicadores pendientes, es importante señalar que la responsabilidad de identificar, formular, validar, implementar y realizar el seguimiento a los indicadores de gestión corresponde a los líderes y lideresas de cada proceso, quienes, en calidad de primera línea de aseguramiento, deben adelantar las gestiones necesarias para garantizar la existencia de mecanismos de medición acordes con los objetivos, actividades, productos y resultados bajo su responsabilidad.

En este contexto, se considera relevante que los responsables de los procesos fortalezcan las acciones requeridas para la construcción e implementación de los indicadores faltantes, contando para ello con el acompañamiento técnico y metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de asegurar que todos los procesos dispongan de herramientas de medición que permitan evaluar su desempeño, facilitar la toma de decisiones y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno determina **mantener la oportunidad de mejora OM-08-OAP-2026**, toda vez que, aunque se evidencian acciones de acompañamiento y fortalecimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación, persiste la situación relacionada con la inexistencia de indicadores de gestión en la totalidad de los procesos de la Entidad, aspecto que requiere la articulación y gestión de los responsables de cada proceso para su adecuada subsanación.

#### *3.2.1.8. Cumplimiento (C): Roles y responsabilidades de las líneas de aseguramiento.*

De acuerdo con la revisión efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidenció en el proceso "Mejoramiento Institucional" la "Guía para la identificación, implementación, reporte, seguimiento y actualización de actividades de las líneas de defensa (MI-GU-6)", la cual se encuentra alineada con el Plan de Acción por Dependencias y tiene como objetivo proporcionar una herramienta integral para la SDMujer, en el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el MIPG y los planes establecidos en el Decreto 612 de 2018. Asimismo, cabe mencionar que en dicha guía se define los roles y

responsabilidades de la gestión del riesgo y control a partir de las cuatro líneas contempladas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en articulación con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, mediante la identificación e implementación de actividades clave en el Plan de Acción por dependencias, con el fin de fortalecer los procesos institucionales de la SDMujer.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.2.1.9. Cumplimiento (C): Publicación del Plan de Acción Institucional para la vigencia 2026.*

De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno, en el numeral "4.3.4 Planes estratégicos, institucionales, sectoriales y Plan de Acción Institucional" de la sede electrónica de la Entidad se observa la publicación del plan de acción institucional, el cual se publicó antes del 31 de enero de la vigencia dando cumplimiento a lo previsto en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.2.1.10. Oportunidad de mejora (OM-09-OAP-2026): Inoportunidad en la publicación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) en la página web de la SdMujer.*

**Condición:** De acuerdo con la revisión efectuada por la Oficina de Control Interno al numeral "4.3.4 Planes estratégicos, institucionales, sectoriales y Plan de Acción Institucional" de la sede electrónica de la Entidad, se constató la publicación de los planes estratégicos definidos en los Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1) y en el Decreto 612 de 2018, encontrándose lo siguiente:

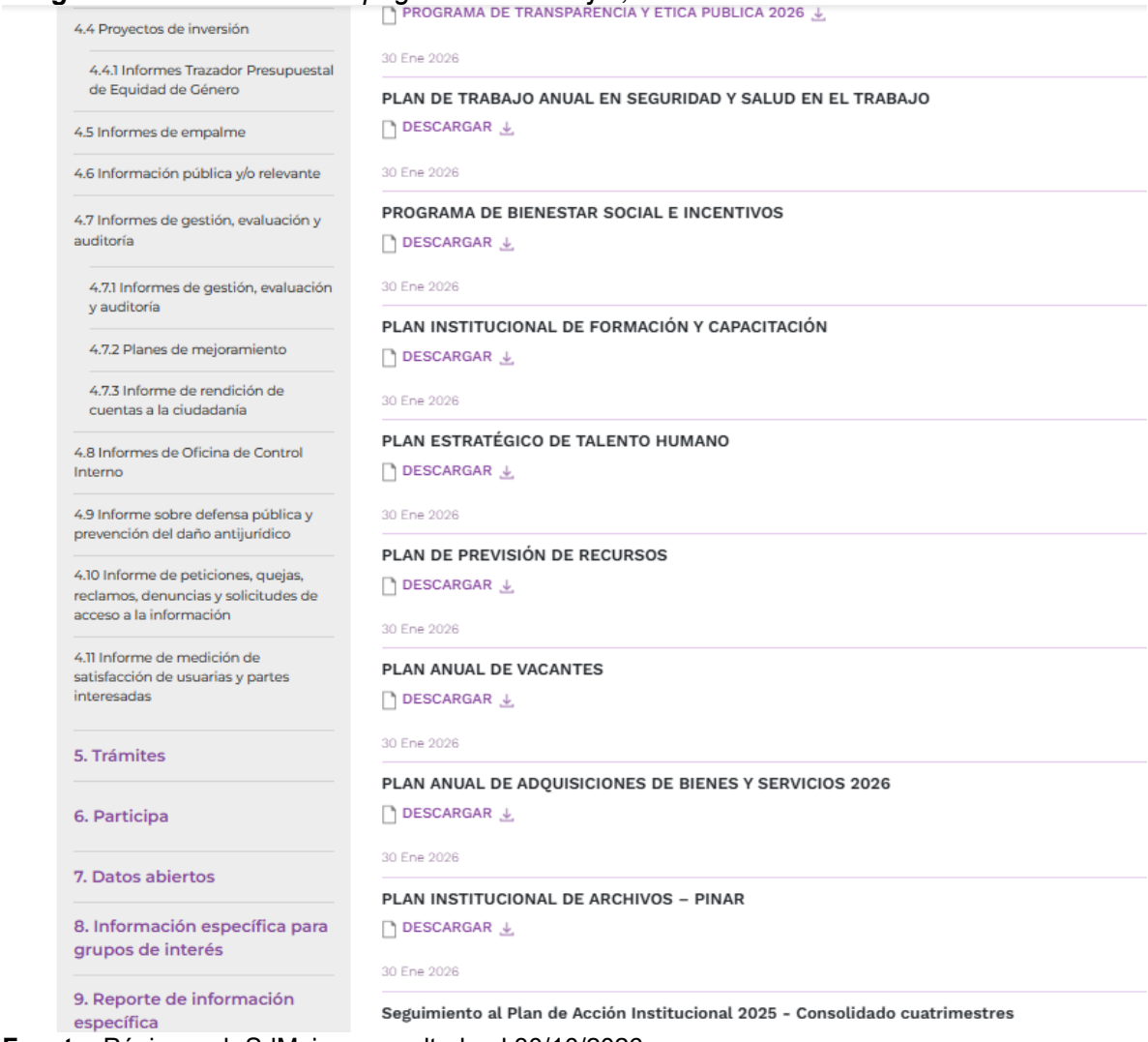
***Tabla 13.*** *Planes estratégicos publicados en página web.*

| Planes estratégicos | Publicado en página web (antes del 31 de enero del 2026) |
|---|---|
| 1)Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR | Sí |
| 2) Plan Anual de Adquisiciones | Sí |
| 3) Plan Anual de Vacantes | Sí |
| 4) Plan de Previsión de Recursos Humanos | Sí |
| 5) Plan Estratégico de Talento Humano | Sí |
| 6) Plan Institucional de Capacitación | Sí |
| 7) Plan de Bienestar Social e Incentivos | Sí |
| 8) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo | Sí |
| 9) Programa de Transparencia y Ética Pública | Sí |
| 10) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI | No |
| 11) Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y de la Información | Sí |
| 12) Plan de Seguridad y Privacidad de la Información | Sí |
| 13) Plan Institucional de Participación Ciudadana (acciones y estrategias de participación ciudadana). | Sí |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con validación en página de la SdMujer.

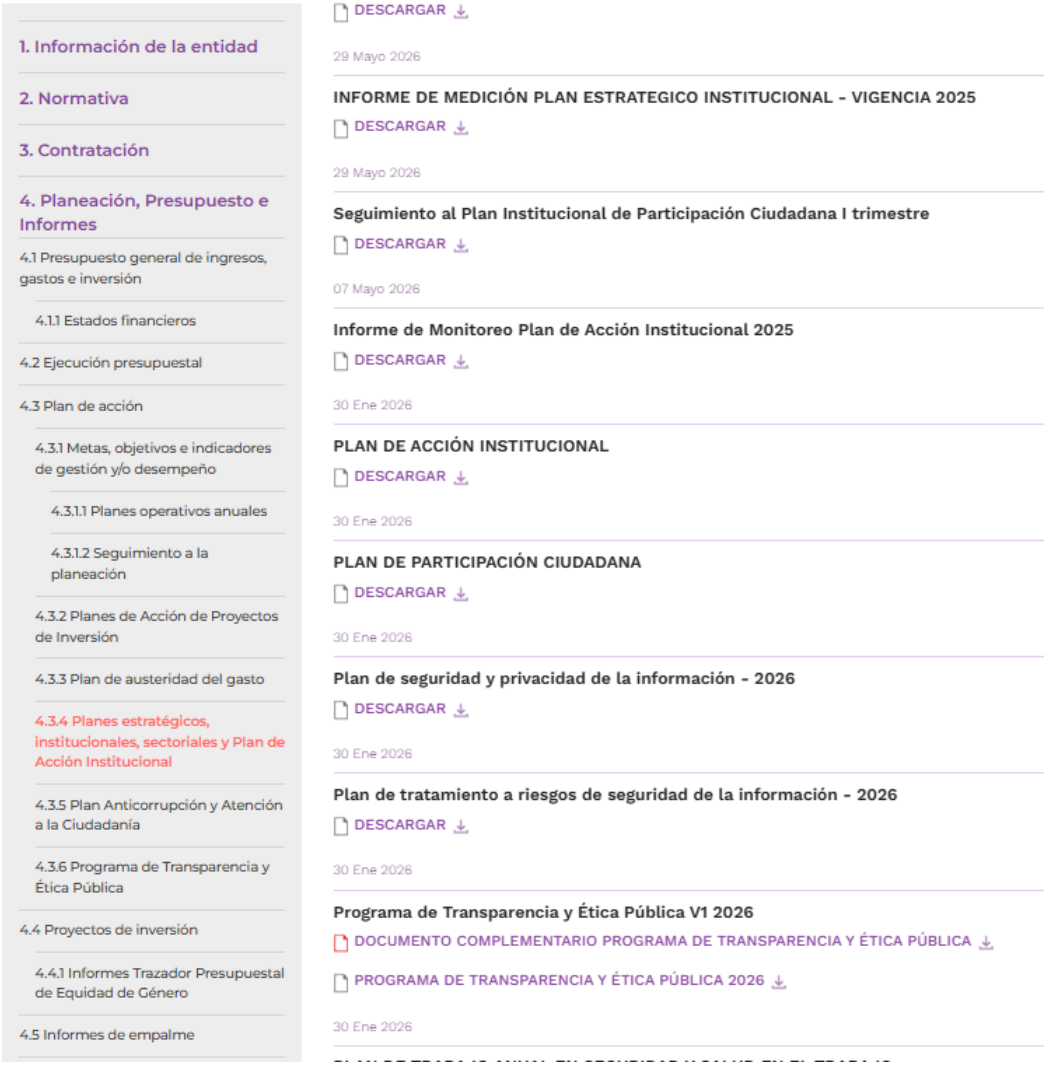
Como resultado de la validación realizada, se evidenció que doce (12) de los trece (13) planes requeridos se encuentran publicados dentro del plazo establecido, equivalente a un cumplimiento del 92%. No obstante, se observó que el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) no se encontraba publicado en la sede electrónica de la Entidad antes del 31 de enero de la vigencia 2026, pese a encontrarse contemplado tanto en los lineamientos internos como en el Decreto 612 de 2018. Si bien, no se desconoce que en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad el plan existe bajo el código GT-PL-8, V2 con fecha de aprobación del 30/01/2026, su publicación no se evidencia en la página web, asi como el acta de aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como se observa en las siguientes imágenes.

***Imagen 5.*** *Publicación en la página web SdMujer, numeral 4.3.4*




**Fuente:** Página web SdMujer, consultado el 30/10/2026.

***Imagen 6.*** *Publicación en la página web SdMujer, numeral 4.3.4*




**Fuente:** Página web SdMujer consultado el 30/10/2026.

***Imagen 7.*** *Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 28/01/2026*

| | |
|---|---|
| **2.** | Votación y cierre |

| **DESARROLLO DE LA AGENDA** | |
|---|---|
| **1.** | Se inició la sesión asincrónica siendo las 8 am, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, convocada para la aprobación de los temas enunciados en la agenda.<br><br>En ese sentido, fueron sometidos a votación para aprobación los siguientes puntos:<br>• Planes del decreto 612:<br>○ 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR<br>○ 2. Plan Anual de Adquisiciones<br>○ 3. Plan Anual de Vacantes<br>○ 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos<br>○ 5. Plan Estratégico de Talento Humano<br>○ 6. Plan Institucional de Capacitación<br>○ 7. Plan de Incentivos Institucionales<br>○ 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo<br>○ 9. Programa de transparencia y ética Pública (antes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano)<br>○ 10. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información<br>○ 11. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información<br>○ 12. Plan de Participación Ciudadana<br>• Plan de Acción Institucional<br>• Planes de acción proyectos de inversión |

**Fuente:** Acta información entregada por OAP (Memorando No. 2026-101-002780-3)

Lo anterior evidencia una desviación frente a los requerimientos establecidos para la publicación oportuna de los instrumentos de planeación institucional, lo que hace necesario fortalecer los mecanismos de control y seguimiento asociados a la divulgación de la información obligatoria, con el fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas aplicables y asegurar el acceso oportuno a la información por parte de los grupos de valor y demás partes interesadas.

**Criterios:** Decreto 612 de 2018, artículo 2.2.22.3.14 que establece “Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año: (…) 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI (…)”

Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1), literal h) plan de acción institucional (integración con otros planes institucionales)

**Causa:** Debilidades en los mecanismos de seguimiento y control establecidos para verificar la publicación oportuna de los instrumentos de planeación institucional, así como insuficiente

articulación entre las dependencias responsables de la formulación, consolidación y divulgación de la información en la sede electrónica de la Entidad. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Riesgo de incumplimiento de las disposiciones establecidas en el Decreto 612 de 2018 y en los lineamientos institucionales vigentes, así como afectación de los principios de transparencia y acceso a la información pública, al no garantizar la publicación completa y oportuna de los planes estratégicos requeridos.

#### 3.2.1.10.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) de la Secretaría Distrital de la Mujer contempla un horizonte de planeación correspondiente al periodo 2025-2027, por lo cual su publicación se gestionó durante la vigencia 2025, atendiendo a su periodo de aplicación y no exclusivamente a la vigencia 2026.*
> *En este sentido, es importante aclarar que el PETI constituye un instrumento de planeación con alcance plurianual, por lo que su publicación no necesariamente debe interpretarse como un documento nuevo para cada vigencia, sino como un instrumento cuya vigencia y horizonte de planeación abarcan varios periodos.*
> *No obstante, con el propósito de fortalecer la disponibilidad, visibilidad y facilidad de consulta de este instrumento en la sede electrónica institucional, la Oficina Asesora de Planeación solicitó al equipo de Comunicaciones gestionar su republicación y/o actualización en los menús correspondientes a la vigencia 2026, de manera que la ciudadanía y demás partes interesadas puedan acceder fácilmente a la versión vigente del documento.*
> *De esta manera, se busca fortalecer la articulación entre las dependencias responsables de la gestión de los contenidos institucionales y garantizar que la información publicada en la página web mantenga correspondencia con los instrumentos de planeación vigentes.*
> *Adicionalmente, reiteramos nuestro compromiso con el cumplimiento de los lineamientos de publicación de información institucional, así como con el fortalecimiento de los mecanismos de divulgación y consulta de los instrumentos de planeación estratégica de la Entidad.*
> *Finalmente, con base en los argumentos expuestos, amablemente solicitamos que se reconsidere la oportunidad de mejora en cuestión y sea retirada para efectos del informe definitivo.*
> *Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

Se reconocen las precisiones efectuadas respecto del carácter plurianual del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) 2025-2027 y las gestiones adelantadas para fortalecer su disponibilidad en la sede electrónica institucional.
Al respecto, se observa que las capturas de pantalla aportadas corresponden a una publicación efectuada el 30 de enero de 2025 y a otra realizada el 4 de noviembre de 2026. Si bien estos soportes permiten evidenciar la publicación inicial del instrumento y las gestiones posteriores para facilitar su consulta, no acreditan el cumplimiento de la obligación de publicación *correspondiente a la vigencia 2026 dentro del término normativamente establecido.*

En este sentido, es preciso señalar que el artículo 2.2.22.3.14 del Decreto 1083 de 2015, adicionado por el artículo 1 del Decreto 612 de 2018, establece que las entidades del Estado deben integrar los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción y publicarlo en su respectiva página web *a más tardar el 31 de enero de cada año*, incluyendo expresamente el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI).

Asimismo, el parágrafo 1 de la citada disposición precisa que, cuando se trate de planes cuya duración sea superior a un año, deberán integrarse al Plan de Acción las actividades correspondientes a la respectiva anualidad. Por consiguiente, el carácter plurianual del PETI 2025-2027 no exime a la entidad de garantizar su articulación con el Plan de Acción de la vigencia 2026 y el cumplimiento de las obligaciones de publicación previstas en la normativa aplicable, sin que ello implique necesariamente formular un nuevo PETI cada año.

En consecuencia, aunque se valoran las gestiones adelantadas por la OAP para mejorar la disponibilidad y visibilidad del documento, la Oficina de Control Interno **mantiene la oportunidad de mejora OM-09-OAP-2026**, toda vez que los argumentos y soportes aportados no desvirtúan la situación identificada respecto de la oportunidad de publicación correspondiente a la vigencia 2026. Se espera que las medidas implementadas contribuyan a fortalecer los mecanismos de articulación, publicación y seguimiento de los instrumentos de planeación institucional.

#### *3.2.1.11. Cumplimiento (C): Plan de Acción Institucional como instrumento de registro y seguimiento.*

De acuerdo con la información aportada por la Oficina Asesora de Planeación, se adjunta el plan de acción institucional por dependencias como instrumento de soporte para el reporte de programación y seguimiento trimestral, cumpliendo con los campos del instrumento establecidos en los "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1)"
Asimismo, se adjunta el reporte generado por las dependencias y el seguimiento efectuado por la Oficina Asesora de Planeación para el primer y segundo cuatrimestre de la vigencia 2026. Por lo cual, se da cumplimiento a lo establecido en los lineamientos internos.

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

#### *3.2.1.12. Cumplimiento (C): Cronograma establecido en los "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1)"*

De acuerdo con la revisión efectuada por la Oficina de Control Interno a la información remitida por la Oficina Asesora de Planeación mediante Memorando No. 2026-101-002780-3 del 15 de octubre de 2026, se evidenció la implementación de actividades orientadas a la formulación, consolidación, seguimiento y control del Plan de Acción Institucional (PAI) de la vigencia 2026, en concordancia con los lineamientos metodológicos vigentes y el cronograma establecido dado los soportes documentales adjuntos cumpliendo con lo establecido en los "Lineamientos Metodológicos para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Control de la Planeación Estratégica Institucional (DE-GU-4, V1)"

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.3. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA DE-GU-3 Y DEL AVANCE DE LAS METAS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN*

La Secretaría Distrital de la Mujer (SdMujer), en cumplimiento de su misionalidad, desarrolla proyectos de inversión orientados a la garantía de los derechos de las mujeres, la prevención y atención de las violencias basadas en género, el fortalecimiento del Sistema Distrital de Cuidado, la promoción de la autonomía y participación de las mujeres, así como al fortalecimiento de la gestión institucional.

En el marco del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027, "Bogotá Camina Segura", la entidad cuenta con trece (13) proyectos de inversión, mediante los cuales contribuye al cumplimiento de dieciocho (18) metas del Plan Distrital de Desarrollo y desarrolla sesenta y una (61) metas de los proyectos de inversión. Estos proyectos se encuentran articulados con cuatro (4) de los cinco (5) objetivos estratégicos y seis (6) programas del Plan Distrital de Desarrollo, y su ejecución involucra a diferentes dependencias de la entidad, de acuerdo con sus competencias y responsabilidades.

En la Tabla 14 se presenta la relación de los proyectos de inversión con los programas, objetivos estratégicos del Plan Distrital de Desarrollo y dependencias responsables de su ejecución.

***Tabla 14.*** *Relación de los proyectos de inversión PI con las dependencias.*

| Programa | Objetivo Estratégico | Proyecto de Inversión | Dependencia responsable |
|---|---|---|---|
| 1.02. Cero tolerancia a las violencias contra las mujeres y basadas en género. | 1 - Bogotá avanza en su seguridad. | 8205 | Dirección de Eliminación de Violencias Contra las Mujeres y Acceso a la Justicia |
| | | 8210 | Subsecretaría de |

| Programa | Objetivo Estratégico | Proyecto de Inversión | Dependencia responsable |
|---|---|---|---|
| | | | Fortalecimiento De Capacidades Y Oportunidades |
| | | 8221 | Dirección De Enfoque Diferencial. |
| 2.12. Bogotá cuida a su gente. | 2. Bogotá confía en su bien-estar. | 8198 | Subsecretaría Del Cuidado Y Políticas De Igualdad |
| | | 8207 | Grupo Comunicaciones Estratégica |
| | | 8219 | Dirección Del Sistema De Cuidado |
| | | 8222 | Dirección De Enfoque Diferencial |
| | | 8223 | Dirección De Territorialización De Derechos Y Participación |
| 3.17. Formación para el trabajo y acceso a oportunidades educativas. | 3. Bogotá confía en su potencial. | 8190 | Dirección De Gestión Del Conocimiento. |
| 3.18. Ciencia, tecnología e innovación-CTel para desarrollar nuestro potencial y promover el de nuestros vecinos regionales. | 3. Bogotá confía en su potencial. | 8181 | Dirección De Gestión Del Conocimiento. |
| 3.20. Promoción del emprendimiento formal, equitativo e incluyente | 3. Bogotá confía en su potencial. | 8232 | Subsecretaria del Cuidado y Políticas de Igualdad. |
| 5.33. Fortalecimiento institucional para un gobierno confiable. | 5 - Bogotá confía en su gobierno. | 8200 | Dirección De Derechos Y Diseño De Política. |
| | | 8225 | Oficina Asesora De Planeación |
| | | | Subsecretaría De Gestión Corporativa |
| | | | Dirección Administrativa Y Financiera |
| | | | Dirección De Contratación |
| | | | Dirección De Talento Humano |
| | | | Oficina De Control Interno |

| Programa | Objetivo Estratégico | Proyecto de Inversión | Dependencia responsable |
|---|---|---|---|
| | | | Oficina Asesora Jurídica |

**Fuente:** Elaboración propia, con base en reportes de la Oficina Asesora de Planeación.

En este contexto, la Oficina de Control Interno adelantó la verificación del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el numeral 7, "Plan de Acción de Proyectos de Inversión", de la Guía DE-GU-3, "Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión", versión 03 del 30 de mayo de 2025, con el propósito de evaluar la aplicación de los criterios, procedimientos, instrumentos y plazos definidos para la programación, actualización, aprobación y seguimiento de los planes de acción.

La evaluación comprendió los trece (13) proyectos de inversión identificados con los códigos 8181, 8190, 8198, 8200, 8205, 8207, 8210, 8219, 8221, 8222, 8223, 8225 y 8232, con corte al 30 de septiembre de 2026, a partir de la revisión de los formatos institucionales DE-FO-05, las fichas EBI-D, los reportes de seguimiento de SEGPLAN y demás soportes documentales disponibles.

Adicionalmente, se revisó el avance de las metas de los proyectos de inversión y los resultados parciales de su ejecución presupuestal, con el fin de identificar el comportamiento y la utilización de los recursos asignados durante el período evaluado. A continuación, se presentan los resultados de la evaluación:

### *3.3.1. Cumplimiento (C): Presentación y aprobación de los planes de acción de los proyectos de inversión para la vigencia 2026.*

De acuerdo con la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que los trece (13) proyectos de inversión de la Secretaría Distrital de la Mujer cuentan con sus respectivos planes de acción para la vigencia 2026, elaborados en el formato institucional DE-FO-05 "Programación, actualización y seguimiento al plan de acción de proyectos de inversión".

Asimismo, se verificó la presentación y aprobación de los formatos mediante acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 28 de enero 2026, en concordancia con lo establecido en el numeral 7.4 de la Guía DE-GU-3, versión 03, y el procedimiento DE-PR-24 "Programación, actualización y seguimiento al plan de acción de proyectos de inversión".

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

### *3.3.2. Incumplimiento (I-04-OAP-2026): Debilidades en la publicación oportuna del seguimiento a los planes de acción de los proyectos de inversión*

**Condición:** De acuerdo con la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno a la publicación de los planes de acción correspondientes a los trece (13) proyectos de inversión de la Secretaría Distrital de la Mujer, se evidenció que, a la fecha de consulta (29/10/2026), no se encontraban

publicados en la página web institucional los documentos de seguimiento correspondientes al mes de septiembre de 2026.

Esta situación no permite evidenciar el cumplimiento del plazo de publicación establecido en la Guía DE-GU-3, ni verificar con la información disponible, si los documentos fueron remitidos oportunamente por los responsables de los proyectos de inversión a la Oficina Asesora de Planeación.

***Imagen 8.*** *Publicación planes de Acción de Proyectos de Inversión*.




**Fuente:** Tomado de Página web, SdMujer, 29/10/2026.

Adicionalmente, es importante precisar que el presente hallazgo también responde a la inefectividad del plan de mejoramiento ID1533 debido a la persistencia de la publicación oportuna del seguimiento a los planes de acción de los proyectos de inversión.

**Criterios:** Guía DE-GU-3 “Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión”. Punto 5. Condiciones Generales. La publicación en la página web de los planes de acción correspondiente a la programación y seguimiento, lo realizará la Oficina Asesora de Planeación máximo tres (3) días antes de finalizar el mes, una vez sean remitidos por la (el) gerenta (e) y/o lideresa o líder técnico responsables de proyectos de inversión firmados. Cuando la publicación se realice de manera extemporánea debido a la no remisión de los documentos dentro de los plazos establecidos, la responsabilidad será de la (el) gerenta (e) y/o líderesa o líder técnico. y Numeral 7.3.1. Registro del seguimiento.

Procedimiento *“Programación, Actualización y Seguimiento de los Planes de Acción de Proyectos de Inversión – V1” (DE-PR-24). Condiciones generales. “La publicación en la página web de los planes de acción correspondiente a la programación y seguimiento, lo realizará la Oficina Asesora de Planeación máximo tres (3) días antes de finalizar el mes, una vez sean remitidos por la (el) gerenta*

*(e) y/o líderesa o líder técnico responsables de proyectos de inversión firmados. Cuando la publicación se realice de manera extemporánea debido a la no remisión de los documentos dentro de los plazos establecidos, la responsabilidad será de la (el) gerenta (e) y/o líderesa o líder técnico" Actividad 26. Publicar los seguimientos de los Planes de acción de proyectos de inversión.*

**Causa:** Posibles debilidades en la coordinación y seguimiento de las actividades de remisión, validación y publicación de los planes de acción de los proyectos de inversión, conforme a los plazos institucionales establecidos. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Se limita la disponibilidad oportuna de la información sobre el avance de los proyectos de inversión, lo que puede afectar la transparencia y el seguimiento a la ejecución de las actividades y recursos programados.

#### *3.3.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación*

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"La Oficina Asesora de Planeación considera pertinente precisar que la publicación de los documentos de seguimiento a los planes de acción en la página web institucional comprende dos actividades: por una parte, la solicitud de publicación, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y, por otra, la gestión de publicación en el sitio web, a cargo del área responsable de la administración de la página web institucional, correspondiente al proceso de Comunicación Estratégica.*
> *En relación con los documentos de seguimiento correspondientes al mes de septiembre de 2026, se adjunta como soporte la evidencia del caso registrado ante la mesa de ayuda el 26 de octubre de 2026, mediante el cual la Oficina Asesora de Planeación solicitó su publicación. Al respecto, se precisa que dicha solicitud fue realizada dentro de los términos establecidos. Por lo anterior, se considera importante tener en cuenta esta distinción de responsabilidades al analizar la oportunidad de la publicación, dado que la gestión de la OAP se materializa con la solicitud formal realizada al área competente.*
> *Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP señala que su responsabilidad se limita a solicitar la publicación de los seguimientos a los planes de acción de los proyectos de inversión, mientras que la publicación en la página web institucional corresponde al proceso de Comunicación Estratégica. Sin embargo, es importante precisar que tanto la Guía DE-GU-3 como el procedimiento DE-PR-24 establecen específicamente que la publicación de estos documentos está a cargo de la OAP, dentro de los plazos previstos y una vez recibidos los documentos debidamente firmados por los responsables de los proyectos de inversión.

En cuanto a las evidencias aportadas, se verificó que la OAP solicitó la publicación de los seguimientos de los trece (13) proyectos de inversión, con corte al 30 de septiembre de 2026, mediante el caso de mesa de ayuda No. 55281 del 26 de octubre de 2026, estableciendo como fecha límite de publicación el 28 de octubre. Sin embargo, el requerimiento fue resuelto el 3 de noviembre de 2026. Si bien se reconoce la gestión adelantada por la OAP, esta no acredita el cumplimiento de los plazos de publicación establecidos en los lineamientos institucionales.

Adicionalmente, se identifican antecedentes de situaciones similares en el plan de mejoramiento ID1533, lo que evidencia la persistencia de debilidades en la oportunidad de publicación de los seguimientos. Por lo cual, se considera necesario fortalecer la articulación con el proceso de Comunicación Estratégica y los mecanismos de seguimiento que permitan verificar la remisión, solicitud y publicación oportuna de los documentos, de acuerdo con las responsabilidades establecidas.

En consecuencia, **se mantiene el incumplimiento I-04-OAP-2026**, toda vez que los argumentos y soportes aportados no desvirtúan la situación identificada frente a los plazos de publicación previstos en la Guía DE-GU-3 y el procedimiento DE-PR-24.

### *3.3.3. Oportunidad de mejora (OM-11-OAP-2026): Oportunidad en la publicación de los reportes de seguimiento trimestral generados por SEGPLAN.*

**Condición:** Como resultado de la verificación efectuada a los reportes de seguimiento del componente de inversión correspondientes a la vigencia 2026, publicados en el botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la sede electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer, se identificó que los reportes con corte al 31 de marzo y 30 de junio de 2026 fueron publicados el 29 de abril y el 28 de julio de 2026, respectivamente.

Al contrastar estas fechas con el cronograma establecido en la Circular No. 007 del 18 de febrero de 2025, expedida por la Secretaría Distrital de Planeación, se observó una diferencia de dos (2) y cuatro (4) días calendario frente a las fechas previstas para la publicación de la información en SEGPLAN, correspondientes al 27 de abril y 24 de julio de 2026.

Se identifica una oportunidad de mejora para fortalecer la coordinación y oportunidad de la publicación institucional de los reportes generados por dicho sistema, conforme a lo previsto en el procedimiento DE-PR-24.

***Imagen 9.*** *Publicación Seguimiento Componente de Inversión.*




**Fuente:** Tomado de Página web, SdMujer, 29/10/2026.

Al respecto, es importante tener en cuenta los lineamientos emitidos por la Secretaría Distrital de Planeación, a través del *"Cronograma para los procesos de Reprogramación, Actualización y Seguimiento al Plan de Acción del Plan Distrital de Desarrollo (PDD) "Bogotá Camina Segura – BCS"*, en el cual se establecen criterios de oportunidad y calidad de la información registrada en el sistema SEGPLAN 2.0, así como las fechas límite para su publicación, las cuales corresponden al 27 de abril de 2026, 24 de julio de 2026, respectivamente.

En este sentido, se identifica la necesidad de fortalecer los mecanismos internos que garanticen la publicación oportuna de los reportes de seguimiento de SEGPLAN en el botón de Transparencia de la Entidad, una vez estos se encuentren disponibles en el sistema, con el fin de asegurar la publicación oportuna y los principios de transparencia y acceso a la información pública.

Adicionalmente, es importante precisar que el presente hallazgo también responde a la inefectividad del plan de mejoramiento ID1535 debido debilidades en el seguimiento a los proyectos de inversión.

**Criterios:**

- Circular No. 007. (18 de febrero de 2025) de la Secretaría Distrital de Planeación*:* Punto 2 Actualización y Seguimiento.

- *Procedimiento "Programación, Actualización y Seguimiento de los Planes de Acción de Proyectos de Inversión – V1" (DE-PR-24):*

  *Condiciones Generales. 3 punto. Se debe dar cumplimiento a la circular que anualmente emite la Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Hacienda sobre lineamientos de seguimiento a la inversión y reprogramación, actualización y seguimiento al plan de Acción de Proyectos de Inversión.*

  Roles y responsabilidades. Segunda línea de defensa. "*Realizar el seguimiento en el aplicativo SEGPLAN, de manera trimestral y publicar los planes y seguimientos en la página web institucional, asegurando su disponibilidad."*

  *Punto 28. Registrar trimestralmente el seguimiento de los proyectos de inversión en el sistema SEGPLAN.*

  *Punto 31. Solicitar la publicación de los reportes generados por SEGPLAN de la Secretaría Distrital de Planeación en la página web – link de Transparencia y Acceso a la Información Pública.*

**Causa:** Posibles debilidades en la articulación y programación de las actividades relacionadas con la solicitud de publicación de los reportes generados por SEGPLAN, así como a la ausencia de un control que permita verificar que dicha solicitud se realice de manera oportuna una vez finalizado cada seguimiento trimestral. Sin embargo, será importante realizar el análisis de causas correspondiente, que les permita identificar la causa raíz.

**Efecto:** La publicación inoportuna de los reportes de seguimiento trimestral puede afectar la oportunidad y transparencia de la información relacionada con la ejecución de los proyectos de inversión.

#### *3.3.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación*

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

> *"De acuerdo con lo establecido en la Circular No. 07 del 18 de febrero de 2025, expedida por la Secretaría Distrital de Planeación (SDP), las fechas señaladas en la tabla de la página 4, columna «Fecha publicación de la información», corresponden a los plazos definidos por dicha Secretaría para la publicación de la información que se encuentra a su cargo.*

*En este sentido, se precisa que dichas fechas hacen referencia a los compromisos de publicación de la SDP y no corresponden a plazos de publicación establecidos para la Secretaría Distrital de la Mujer*
*Enlace de publicación SDP: https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-yseguimiento-a-lainversion/seguimiento?field_inversion_segui_class_tid=All&field_inversion_segui_periodo_tid=941&field_inversion_segui_vigencia_value%5Bvalue%5D%5Byear%5D=2026*
*Por otra parte, una vez finalizado el proceso de registro y aprobación del seguimiento trimestral en SEGPLAN, la Oficina Asesora de Planeación ha gestionado, en cada trimestre, la solicitud de publicación de los reportes «Seguimiento al componente de gestión e inversión» y «Seguimiento al componente de inversión» ante el área responsable de la administración de la página web institucional.*
*Como soporte de esta gestión, se presenta a continuación la relación de los casos registrados en la mesa de ayuda para solicitar la publicación de los respectivos reportes, indicando las fechas en que fueron radicados. (Ver tabla en memorando No.* 2026-101-003139-3 del 04/11/2026)
*Nota: Se remite adjunto evidencias de la gestión adelantada por la OAP frente a las desviaciones identificadas."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP señala que las fechas establecidas en la Circular No. 007 del 18 de febrero de 2025 corresponden a la Secretaría Distrital de Planeación y no corresponden a plazos específicos para la publicación de los reportes en la página web de la SdMujer. Al respecto, se precisa que la circular está dirigida, entre otros, a los jefes de las oficinas asesoras de planeación de las secretarías de despacho y establece un cronograma de referencia para facilitar la programación de las actividades institucionales. Asimismo, el procedimiento DE-PR-24 dispone el cumplimiento de los lineamientos contenidos en las circulares distritales y, en su actividad 31, asigna a la OAP la responsabilidad de solicitar la publicación de los reportes generados por SEGPLAN.

En cuanto a las evidencias aportadas, se verificó que la OAP solicitó la publicación de los reportes del segundo trimestre el 27 de julio de 2026, tres días después de la fecha prevista en el cronograma distrital. Si bien esta gestión fue posterior al referente establecido, se reconoce que la circular no fija un plazo obligatorio sino de referencia de publicación oportuna en la página web de la SdMujer.

Por otra parte, aunque se identifican antecedentes de situaciones similares en el plan de mejoramiento ID1535, se reconocen los avances de la OAP en la reducción de los tiempos de publicación y las gestiones adelantadas mediante las solicitudes registradas en la mesa de ayuda. En consecuencia, considerando los argumentos de la réplica, los avances evidenciados y el carácter orientador del cronograma distrital, **la OCI reclasifica el incumplimiento I-05-OAP-2026 como oportunidad de mejora OM-11-OAP-2026: "Oportunidad en la publicación de los reportes de seguimiento trimestral generados por SEGPLAN"**.

Adicionalmente, se recomienda a la OAP fortalecer el trabajo articulado con los procesos responsables de la publicación de información en el botón de Transparencia y Acceso a la

Información Pública de la página web institucional, con el fin de garantizar la gestión y el cargue oportuno de los reportes, así como mejorar los mecanismos de seguimiento que permitan verificar su efectiva publicación y prevenir la recurrencia de estas situaciones.

### *3.3.4. Oportunidad de mejora (OM-10-OAP-2026): Diligenciamiento incompleto de la programación del plan de acción del proyecto de inversión 8200*

**Condición:** En la verificación del formato DE-FO-05, correspondiente a la programación de la vigencia 2026 del proyecto de inversión 8200, se identificó que en la hoja «ACTIVIDAD 4» no se diligenció el campo “Meta PDD”. Asimismo, en la hoja “META_PDD” no se registraron los campos “Objetivo ODS” y “Meta ODS”.

Esta situación difiere de lo observado en los doce (12) proyectos de inversión restantes, en los cuales se identificó el diligenciamiento de dichos campos.

**Criterio:** Guía DE-GU-3 “Guía para Programación, Actualización y Seguimiento a los Planes de Acción de los Proyectos de Inversión”, numeral 7.1 “La programación del Plan de Acción de los proyectos de inversión es responsabilidad de la (el) gerente) y/o lideresa o líder técnico responsables de proyectos de inversión; durante el ejercicio de programación, se deben alinear las actividades con las metas PDD y tareas con las actividades, así mismo, los indicadores definidos para la medición de las actividades deben asegurar el cumplimiento de estas. Por otra parte, deberá tenerse en cuenta el avance en de las actividades de los proyectos de inversión y desempeño de procesos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS, el resultado de las auditorías de la última vigencia, la ejecución presupuestal y las metas rezagadas de las actividades e indicadores del plan de acción.”

Numeral 7.1.1: *“Las actividades de los planes de acción de proyectos de inversión deberán ser programadas en concordancia con las metas PDD y magnitudes incluidas en la ficha EBI-D del proyecto al momento de su inscripción, registro o actualización en el Banco Distrital de Programas y Proyectos.”*

**Causa:** Posibles debilidades en la revisión y validación de la completitud del formato DE-FO-05 por parte de los responsables de la programación y de la Oficina Asesora de Planeación. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** La falta de diligenciamiento de la meta PDD de la Actividad 4 impide verificar su contribución al cumplimiento de las metas del Plan Distrital de Desarrollo y su trazabilidad en el seguimiento. Así mismo, la ausencia del objetivo y la meta ODS limita la articulación del proyecto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y su reporte en los instrumentos de planeación.

#### *3.3.4.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación*

De acuerdo con el Memorando No. 2026-101-003139-3 del 04/11/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*"La Oficina Asesora de Planeación informa que, una vez validada la información correspondiente a la programación de la vigencia 2026 del proyecto de inversión 8200, se confirmó lo señalado en el informe preliminar de auditoría, en relación con los campos pendientes de diligenciamiento: Hoja «ACTIVIDAD 4»: campo «Meta PDD» y Hoja «META_PDD»: campos «Objetivo ODS» y «Meta ODS».*
*Frente a lo identificado, se opta por la toma de acciones internas por parte de la dependencia. En consecuencia, durante el seguimiento correspondiente al mes de octubre, que se adelanta en noviembre, se verificará y gestionará el diligenciamiento completo de los campos señalados, con el fin de asegurar la consistencia e integralidad de la información registrada en el Plan de Acción.*
*Finalmente, se precisa que la situación identificada corresponde a campos pendientes de diligenciamiento y no ha generado afectaciones adicionales en la programación, el seguimiento presupuestal ni el avance físico de las metas del proyecto de inversión."*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la réplica recibida y los argumentos presentados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante radicado 2026-101-003139-3 del 4 de noviembre de 2026, se concluye:

La OAP confirma las debilidades identificadas en el diligenciamiento del formato DE-FO-05 del proyecto de inversión 8200, específicamente en los campos "Meta PDD" de la hoja "ACTIVIDAD 4" y "Objetivo ODS" y "Meta ODS" de la hoja "META_PDD".

En cuanto a lo manifestado sobre la ausencia de afectaciones en la programación, el seguimiento presupuestal y el avance físico del proyecto, es importante precisar que la oportunidad de mejora no cuestiona los resultados, sino la completitud y consistencia de la información registrada en el formato institucional, conforme a los lineamientos de la Guía DE-GU-3. Por lo anterior, **se mantiene la oportunidad de mejora OM-10-OAP-2026**.

### *3.3.5. Cumplimiento (C): Publicación de las fichas EBI-D actualizadas de los proyectos de inversión*

De acuerdo con la verificación efectuada por la OCI, se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer publicó en su sede electrónica las fichas EBI-D correspondientes a los seguimientos de marzo y junio de 2026, con fechas de publicación del 27 de abril y 28 de julio de 2026, respectivamente.

Lo anterior permite acreditar la divulgación de estos instrumentos en el sitio web institucional, conforme a lo previsto en la actividad 22 del procedimiento DE-PR-5, versión 4, "Proyectos de Inversión".

**Procesos/ Dependencias asociadas:** Oficina Asesora de Planeación.

**AVANCE DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, VIGENCIA 2026**

En el marco de la evaluación adelantada por la Oficina de Control Interno, se realizó la revisión del avance presupuestal de los trece (13) proyectos de inversión de la Secretaría Distrital de la Mujer, correspondientes a la vigencia 2026, tomando como fuente el reporte "Componente de inversión por entidad – alcaldía local", generado por el Sistema de Seguimiento al Plan Distrital de Desarrollo (SEGPLAN 2), con corte al 30 de junio de 2026.

De acuerdo con la información registrada en dicho reporte, la entidad contaba con una programación presupuestal de $106.153,62 millones, de los cuales se habían comprometido $97.972,48 millones, equivalentes al 92,29% de los recursos programados para la vigencia. Estos resultados reflejan el avance de la ejecución presupuestal en términos de compromisos adquiridos, sin que dicho porcentaje representa necesariamente el nivel de ejecución física de las metas de los proyectos de inversión.

A continuación, se presenta el comportamiento presupuestal de los trece (13) proyectos de inversión:

***Tabla 15.*** *Avance de la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2026, con corte al 30 de junio de 2026.*

| Proyecto de inversión | Total Programado | Total Ejecutado | % Avance |
|---|---|---|---|
| 8181 Producción de información sobre los derechos de las mujeres para potenciar la toma de decisiones en Bogotá D.C. | 3,775.83 | 1,820.48 | 48.21% |
| 8190 Desarrollo de capacidades digitales para potenciar la inclusión social de las mujeres en zonas urbanas y rurales en Bogotá D.C. | 2,104.58 | 1,944.32 | 92.39% |
| 8198 Implementación de la estrategia de transformación cultural de la Secretaría Distrital de la Mujer en Bogotá D.C. | 2,284.68 | 2,214.12 | 96.91% |
| 8200 Implementación de las políticas públicas PPMYEG y PPASP para la garantía de los derechos de las mujeres, la transversalización del enfoque de género y la igualdad en Bogotá D.C. | 2,461.10 | 2,411.15 | 97.97% |
| 8205 Fortalecimiento de la estrategia de acogida, atención y prevención de violencias contra las mujeres en el espacio público y privado en Bogotá D.C. | 36,351.66 | 35,698.73 | 98.20% |
| 8207 Implementación de una estrategia de comunicación para la promoción de los derechos de las mujeres, la prevención y atención de las violencias de género en Bogotá D.C. | 2,316.71 | 1,892.90 | 81.71% |
| 8210 Consolidación de la Estrategia de Justicia de Género como mecanismo para promover los derechos de las mujeres a una vida | 10,839.94 | 9,714.29 | 89.62% |

| Proyecto de inversión | Total Programado | Total Ejecutado | % Avance |
|---|---|---|---|
| libre de violencias en Bogotá D.C. | | | |
| 8219 Fortalecimiento a la implementación, seguimiento y coordinación del Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá D.C. | 13,209.68 | 12,620.48 | 95.54% |
| 8221 Ampliación de los servicios con enfoque diferencial para la atención a mujeres que ejercen actividades sexuales pagadas (ASP) en Bogotá D.C. | 2,439.87 | 2,158.63 | 88.47% |
| 8222 Fortalecimiento de los servicios y estrategias con enfoque diferencial en el sector público y privado que vinculen a la ciudadanía y a las mujeres en sus diferencias y diversidad en Bogotá D.C. | 1,774.07 | 1,483.41 | 83.62% |
| 8223 Implementación de estrategias de participación, territorialización y transversalización de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género a nivel local en Bogotá D.C. | 14,935.30 | 13,452.70 | 90.07% |
| 8225 Mejoramiento del modelo de operación por procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer en Bogotá D.C. | 11,917.53 | 10,875.97 | 91.26% |
| 8232 Implementación de estrategias para el empoderamiento económico de las mujeres en toda su diversidad en Bogotá D.C. | 1,742.66 | 1,685.25 | 96.71% |
| Total | 106,153.61 | 97,972.43 | 92.29% |

**Fuente:** Elaboración propia con base en el reporte "Componente de inversión por entidad, alcaldía local", SEGPLAN 2, con corte al 30 de junio de 2026. Cifras en millones de pesos.

Del análisis de los resultados se observa que once (11) de los trece (13) proyectos de inversión registraron compromisos presupuestales superiores al 80% de los recursos programados. Se destaca el proyecto 8205, con un avance del 98,20%, seguido de los proyectos 8200 (97,97%), 8232 (96,71%) y 8198 (96,91%).

Por su parte, el proyecto 8181 presentó el menor porcentaje de compromisos presupuestales, con un 48,21%, seguido del proyecto 8207, con un 81,71%, situación que evidencia diferencias en el ritmo de ejecución presupuestal entre los proyectos y que amerita seguimiento por parte de las dependencias responsables.

Sin embargo, los resultados presentados tienen carácter preliminar, ya que corresponden al seguimiento con corte al 30 de junio de 2026. Al momento de la verificación documental, no se encontraba publicado en la sede electrónica de la entidad el reporte correspondiente al seguimiento del tercer trimestre, con corte al 30 de septiembre de 2026.

En este sentido, es importante precisar que, conforme al cronograma establecido por la Secretaría Distrital de Planeación, el cierre del seguimiento del tercer trimestre en SEGPLAN estaba previsto para el 21 de octubre de 2026 y su publicación para el 26 de octubre de 2026, fechas posteriores al corte de evaluación del 30 de septiembre de 2026.

Por lo anterior, la información analizada constituye una aproximación al comportamiento presupuestal de los proyectos durante el primer semestre de 2026 y no permite establecer el avance acumulado al cierre del tercer trimestre.

Respecto al avance físico de las metas de los proyectos de inversión de la Secretaría Distrital de la Mujer, se precisa que este componente no fue objeto de evaluación en el presente ejercicio de auditoría, teniendo en cuenta que su verificación requiere un análisis individualizado de cada una de las sesenta y una (61) metas, así como la revisión y validación de los soportes que acrediten su ejecución efectiva. Este ejercicio implica un proceso de verificación documental detallado, que demanda un alcance, tiempo y recursos específicos para contrastar las magnitudes reportadas en SEGPLAN con los resultados efectivamente alcanzados. En consecuencia, se considera pertinente abordar esta evaluación en un ejercicio de seguimiento independiente, que permita contar con evidencias suficientes y adecuadas para emitir conclusiones sobre el cumplimiento de las metas físicas de los proyectos de inversión.

## 4. CONCLUSIONES

La evaluación de la gestión de riesgos institucionales comprendió un universo de cincuenta y ocho (58) riesgos y noventa y seis (96) controles asociados, de los cuales se seleccionó una muestra de cuarenta y tres (43) controles. Como resultado, se identificaron debilidades relacionadas con la oportunidad de los reportes cuatrimestrales, el diligenciamiento de los instrumentos de monitoreo y el registro de evidencias en LUCHA. Asimismo, se identificaron catorce (14) controles que no se ejecutaron en su totalidad conforme a su descripción

En cuanto a la Política de Administración del Riesgo, versión 11, aprobada el 30 de septiembre de 2026 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se evidenció el cumplimiento de los once (11) aspectos evaluados frente a los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, incluida la definición, socialización y aprobación del apetito del riesgo.

Respecto al proceso de actualización de los riesgos institucionales, se evidenciaron documentalmente cuarenta y siete (47) de las cincuenta y nueve (59) sesiones programadas hasta el 30 de septiembre de 2026, equivalentes al 79,7%, frente al avance del 82,6% informado por la Oficina Asesora de Planeación. Por otra parte, aunque al cierre de la Fase 2 del Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026 el procedimiento MI-PR-3 no se encontraba aprobado ni oficializado, durante el análisis de la réplica se verificó su posterior aprobación y publicación en el Sistema Integrado de Gestión "Pandora". Esta gestión permitió subsanar la

situación identificada y reconocer un beneficio de auditoría, sin desconocer que la oficialización se realizó después del plazo previsto del 30 de septiembre de 2026.

En relación con el direccionamiento estratégico, se evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con instrumentos de planeación estratégica debidamente formalizados, particularmente el Plan Estratégico Institucional 2024-2027, en el cual se encuentran documentados la misión, visión, principios, valores, objetivos estratégicos, estrategias y mecanismos de seguimiento, evidenciando cumplimiento de los lineamientos generales establecidos en la Guía DE-GU-4.

Se evidenció la articulación de las dimensiones del MIPG, las políticas de gestión y desempeño institucional y la gestión por procesos, así como la definición de roles y responsabilidades para la implementación de las líneas de aseguramiento, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y del direccionamiento estratégico institucional.

Por otro lado, es importante mencionar que la Oficina Asesora de Planeación ha implementado mecanismos para la formulación, consolidación, seguimiento y monitoreo del Plan de Acción Institucional, incluyendo actividades de acompañamiento, seguimiento cuatrimestral y socialización de avances mediante las mesas de enlaces MIPG, en cumplimiento de los lineamientos internos establecidos.

Se evidenciaron oportunidades de mejora relacionadas con la aplicación integral de la metodología de planeación estratégica prevista en la Guía DE-GU-4, especialmente respecto de la participación de la Alta Dirección en la jornada de planeación estratégica y la documentación de los ejercicios de planeación por escenarios y de las decisiones adoptadas.

Aunque el Plan Estratégico Institucional contiene objetivos estratégicos alineados con las perspectivas del Cuadro de Mando Integral, se identificó la necesidad de fortalecer su formulación mediante la incorporación de criterios explícitos de medición y temporalidad que faciliten la evaluación objetiva de los resultados alcanzados.

Se observó una debilidad en la gestión por procesos debido a que varios procesos institucionales no cuentan con indicadores de gestión definidos en el aplicativo PANDORA, situación que limita la medición objetiva de su desempeño y la evaluación de resultados.

Respecto a la publicación de los instrumentos de planeación institucional, se evidenció un cumplimiento del 92% de los planes requeridos; sin embargo, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) no se encontraba publicado dentro de los términos establecidos, aspecto que genera riesgos asociados al cumplimiento normativo y a la transparencia institucional.

En cuanto a los proyectos de inversión, se verificó la presentación y aprobación de los planes de acción de los trece (13) proyectos correspondientes a la vigencia 2026. Sin embargo, se identificaron

debilidades en el diligenciamiento del formato DE-FO-05 del proyecto 8200 y en la oportunidad de publicación de los seguimientos trimestrales y reportes generados por SEGPLAN en la sede electrónica institucional.

Respecto a la ejecución presupuestal, de acuerdo con la información disponible con corte al 30 de junio de 2026, los trece (13) proyectos de inversión registraron un valor programado de $106.153,61 millones y un valor ejecutado reportado de $97.972,43 millones, equivalente al 92,29%. Estos resultados tienen carácter preliminar, dado que no incorporan el seguimiento del tercer trimestre de 2026. Por su parte, la ejecución física de las sesenta y una (61) metas no fue objeto de evaluación, considerando que requiere una verificación individualizada de los resultados y de los soportes documentales que acrediten su cumplimiento.

En términos generales, la auditoría permitió identificar avances en la formalización de la gestión de riesgos, la estructuración de la planeación estratégica y la programación de los proyectos de inversión. Como resultado de la evaluación y del análisis de las réplicas presentadas, se determinaron cuatro (4) incumplimientos y diez (10) oportunidades de mejora, relacionados principalmente con la oportunidad, integridad y trazabilidad de los registros, la aplicación de los lineamientos metodológicos y la publicación de información institucional. Asimismo, se reconoció un beneficio de auditoría derivado de la aprobación y oficialización del procedimiento MI-PR-3, versión 11, lo que evidencia la adopción de acciones para subsanar una de las situaciones observadas.

## 5. RECOMENDACIONES

A partir de la verificación realizada, se identificaron aspectos que requieren acciones correctivas y preventivas, con el fin de evitar su persistencia y garantizar la mejora continua en la Entidad, por lo que se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, en articulación con los responsables de los procesos, fortalecer los mecanismos de seguimiento y verificación de los controles asociados a los riesgos institucionales, garantizando que su ejecución se ajuste a las actividades, responsables y periodicidades establecidas. Asimismo, implementar acciones que permitan mejorar la oportunidad y trazabilidad de los reportes cuatrimestrales y de las evidencias registradas en el sistema de Gestión, priorizando los controles en los que se identificaron debilidades durante la auditoría.

En relación con la Política de Administración del Riesgo, se recomienda continuar con su socialización y fortalecer el acompañamiento técnico a los procesos para asegurar la aplicación de los lineamientos aprobados, especialmente en lo relacionado con la identificación, valoración, tratamiento y aceptación de los riesgos institucionales, así como con las responsabilidades establecidas en el esquema de líneas de aseguramiento.

Respecto al Plan de Trabajo para la Gestión Integral del Riesgo Institucional 2026, considerando la aprobación y cargue del procedimiento MI-PR-3, versión 11, será importante garantizar su socialización y aplicación por parte de los procesos, así como mejorar la articulación de las

actividades de revisión y aprobación de los instrumentos metodológicos para asegurar el cumplimiento de los plazos establecidos.

En materia de direccionamiento estratégico, se recomienda fortalecer la aplicación integral de los lineamientos establecidos en la Guía DE-GU-4, garantizando la participación documentada de la Alta Dirección en los ejercicios de planeación y la trazabilidad de las decisiones adoptadas. Asimismo, revisar la formulación de los cuatro (4) objetivos estratégicos institucionales, de manera que se incorporen o identifiquen claramente parámetros de medición y plazos de cumplimiento que faciliten la evaluación de los resultados alcanzados.

Frente a los instrumentos de seguimiento institucional, se recomienda fortalecer la formulación y actualización de los indicadores de gestión, asegurando su articulación con los objetivos y resultados esperados de cada proceso. Adicionalmente, implementar mecanismos de verificación que permitan garantizar la publicación completa y oportuna de los planes e instrumentos institucionales en la sede electrónica de la entidad, conforme a los términos y responsabilidades establecidos.

En cuanto a los proyectos de inversión, se recomienda fortalecer la revisión y validación de los formatos DE-FO-05, garantizando el diligenciamiento completo de sus componentes y la consistencia de la información frente a las fichas EBI-D y los reportes de SEGPLAN. De igual manera, será importante consolidar mecanismos de coordinación y seguimiento entre los procesos involucrados en la publicación de los reportes trimestrales, tomando como referencia los cronogramas establecidos por la Secretaría Distrital de Planeación y los lineamientos del procedimiento DE-PR-24.

Respecto al avance de los proyectos de inversión, se recomienda continuar con el seguimiento periódico de la ejecución presupuestal, prestando especial atención a aquellos proyectos que presentan menores porcentajes de compromisos frente a los recursos programados.

Finalmente, se recomienda a los procesos responsables adelantar el análisis de causas de las situaciones identificadas durante la auditoría, con el propósito de determinar las causas raíz y formular acciones de mejora concretas, medibles y verificables, que permitan subsanar las debilidades evidenciadas, prevenir su recurrencia y fortalecer la efectividad de los mecanismos de planeación, seguimiento y control institucional.

## 6. PLAN DE MEJORAMIENTO

### *6.1. EVALUACIÓN EFECTIVIDAD PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS.*

De acuerdo con la funcionalidad del aplicativo LUCHA en el módulo de mejoramiento y como parte del presente seguimiento realizado a los planes de mejoramiento internos, se realizó evaluación de la efectividad de las acciones de mejora cerradas con el propósito de verificar que las ejecuciones

de dichas acciones fueron conducentes a mejorar la gestión de los procesos después de su cumplimiento. En ese sentido, se procedió a validar la efectividad de (3) acciones de mejora correspondientes a (2) planes de mejoramiento como se evidencia a continuación:

***Tabla 16.*** *Acciones de mejora objeto de evaluación de efectividad*

| ítem | Fuente de Auditoría | ID Lucha (Acciones) | ID Lucha (PM) |
|---|---|---|---|
| 1 | AC Auditoría Interna de Cumplimiento, Evaluación y Seguimiento a Metas Plan de Desarrollo Distrital Vigencia 2024-PAA 2025 | 2322<br>2323<br>2325 | 1533<br>1535 |
| **TOTAL** | | **3 acciones** | **2 planes** |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo "Lucha", módulo mejoramiento continuo.
**Nota:** El detalle del seguimiento realizado a cada una de las acciones se muestra en el Anexo 1 del presente informe.

De las (3) acciones de mejora evaluadas en términos de efectividad, se identificó que el 100% fueron inefectivas, si bien se dio cumplimiento de la acción formulada, se identificó que persisten las deficiencias identificadas en el hallazgo u oportunidad de mejora.

***Tabla 17.*** *Resultados evaluación efectividad planes internos*

| Fuente de Auditoría | Proceso Responsable | No. Acciones por evaluar | No. Acciones efectivas* | No. Acciones inefectivas** |
|---|---|---|---|---|
| AC Auditoría Interna de Cumplimiento, Evaluación y Seguimiento a Metas Plan de Desarrollo Distrital Vigencia 2024-PAA 2025 | Direccionamiento Estratégico | 3 | 0 | 3 |
| **TOTAL** | | **3** | **0** | **3** |

**Fuente:** Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo "Lucha", módulo mejoramiento continuo.
***** Para el aplicativo LUCHA (Kawak), se lee *Eficaz*
****** Para el aplicativo LUCHA (Kawak) *Ineficaz*

Es importante mencionar que las acciones que fueron declaradas como inefectivas, se encuentran relacionadas como hallazgos descritos en el presente informe (OM-11-OAP,2026; I-04-OAP-2026) para que los procesos tomen las acciones pertinentes en función de mitigar la materialización de la causa raíz correspondiente.

## 7. ANEXOS

| CONTENIDO | PRESENTACIÓN | NOMBRE DE ARCHIVO |
|---|---|---|
| Documento en Excel que relaciona la evaluación de efectividad de las acciones internas abiertas de PQRS. | Texto en formato XLSX, Documento Electrónico | Anexo1. Eva_Efectiv_ |

## 8. FIRMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| ORIGINAL FIRMADO | ORIGINAL FIRMADO | ORIGINAL FIRMADO | ORIGINAL FIRMADO |
| Elaboró | Elaboró | Elaboró | Revisó y Aprobó |
| **Anyi Paola Castillo A** | **Karol Mishelld Tausa** | **Tatiana González Cadavid** | **Diana Carolina Peralta** |
| **Auditor (a) Interno** | **Auditor (a) Interno** | **Auditor (a) Interno** | **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 remisoria 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.