

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</p>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021
		Página 1 de 14

## INFORME SEGUIMIENTO

### EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

#### OFICINA DE CONTROL INTERNO

Angela Johanna Márquez Mora  
**JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

#### **EQUIPO AUDITOR**

Claudia Cuesta Hernández  
Claudia Patricia Morales Morales  
Yazmín Alexandra Beltrán Rodríguez  
Darío Corredor Higuera  
Maryam Paola Herrera Morales

#### **PERIODO EVALUADO**

Del 1 de enero al 30 de junio de 2021

#### **FECHA DEL INFORME**

30 de julio de 2021

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021
		Página 2 de 14

## Contenido

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b> .....	3
<b>1.1. DESTINATARIOS DE LA AUDITORÍA/SEGUIMIENTO</b> .....	3
<b>1.2. EQUIPO AUDITOR</b> .....	3
<b>1.3. PERIODO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE AUDITORÍA/ SEGUIMIENTO</b> ..	3
<b>2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA/ SEGUIMIENTO</b> .....	3
<b>3. ALCANCE DE LA AUDITORIA / SEGUIMIENTO</b> .....	3
<b>4. CRITERIOS DE LA AUDITORIA/ SEGUIMIENTO</b> .....	3
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	4
<b>6. DESARROLLO DEL EJERCICIO AUDITOR</b> .....	6
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	7
<b>6.1. FORTALEZAS</b> .....	7
<b>6.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA</b> .....	9
<b>6.3. HALLAZGOS</b> .....	12

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021 Página 3 de 14

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. DESTINATARIOS DE LA AUDITORÍA/SEGUIMIENTO

El presente seguimiento tiene como destinatarios principales:

- a) La Secretaria de Despacho, como Representante Legal de la Secretaría Distrital de la Mujer y responsable del Sistema de Control Interno.
- b) Las Subsecretarias, Directoras, Jefas de Oficina, como Lideresas de procesos e involucradas en el desarrollo de los mismos, establecidos por la entidad.

### 1.2. EQUIPO AUDITOR

El equipo auditor asignado para llevar a cabo la presente evaluación es el siguiente:

- Claudia Cuesta Hernández, Contratista de la Oficina de Control Interno.
- Claudia Patricia Morales Morales, Contratista de la Oficina de Control Interno.
- Yazmín Alexandra Beltrán Rodríguez, Contratista de la Oficina de Control Interno
- Darío Corredor Higuera, Contratista de la Oficina de Control Interno.
- Maryam Paola Herrera Morales, Profesional Especializado Oficina de Control Interno

### 1.3. PERIODO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE AUDITORÍA/ SEGUIMIENTO

El trabajo de auditoría se desarrolló de conformidad con la metodología que se detalla en el numeral 5 del presente informe, iniciando con su etapa de planeación en el mes de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el Plan Anual de Auditoría (PAA) aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29 de enero de 2021 y su modificación. Por lo anterior, se solicitó a las áreas responsables la información requerida el 30 de junio de 2021, con el fin de proceder a la recepción, recopilación, revisión, análisis de la información, y la elaboración del informe, finalizando con su publicación y entrega a los destinatarios establecidos a más tardar el 30 de julio de 2021.

## 2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA/ SEGUIMIENTO

- Identificar la presencia y funcionamiento de cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, así como la principales debilidades y fortalezas.
- Emitir una conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.
- Emitir recomendaciones tendientes a facilitar el proceso de implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional.

## 3. ALCANCE DE LA AUDITORIA / SEGUIMIENTO

El periodo objeto de verificación corresponde al primer semestre de la vigencia 2021.

## 4. CRITERIOS DE LA AUDITORIA/ SEGUIMIENTO

- Artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 “*Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021 Página 4 de 14

*trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”.*

- Manual Operativo Sistema de Gestión Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, versión 4 de marzo 2021.

## 5. METODOLOGÍA

El presente ejercicio auditor se realizó en el marco de las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, el “Estatuto de Auditoría para la Secretaría Distrital de la Mujer” y los lineamientos proferidos desde el “Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna” aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer.

### **Tipo:**

Seguimiento Reglamentario, en virtud de lo establecido en los criterios y en el Plan Anual de Auditoría Interna 2021.

### **Planeación del Seguimiento:**

En aras de realizar el presente trabajo, conforme a la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se solicitó la información a las dependencias pertinentes con los memorandos radicados No 3-2021-002592, 002593, 002595, 002596, 002597, 002598 y 002599 del 30 de junio de 2021. Adicionalmente, se realizó una revisión de datos, documentos e información contenida en el aplicativo del Sistema Integrado de Gestión LUCHA, así como la información consignada en los diferentes sistemas de información de la entidad, la página web, entre otros.

### **Desarrollo del Seguimiento:**

Producto del análisis y verificación de la información suministrada por cada responsable de las políticas o dimensiones del MIPG y de las consultas realizadas en los sistemas de información de la Entidad, se diligenció el formato “Informe Semestral Sistema Control Interno” (herramienta establecida por la Función Pública) en los ochenta y un (81) requerimientos de los cinco (5) componentes del Sistema de Control Interno (ver tabla No 1).

Tabla 1. Requerimientos por Componente

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

Fuente: Formato DAFP

Conforme con la anterior tabla, se procedió a evaluar cada uno de los requerimientos, acorde con los criterios establecidos por la Función Pública (ver tabla No 2), lo cual permitió determinar el estado de avance y grado de cumplimiento en la implementación del Sistema de Control Interno, a partir de cada uno de los cinco (5) componentes de su estructura definida en la séptima (7) dimensión del MIPG.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021 Página 5 de 14

Tabla 2. Criterios de evaluación

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

Fuente: Formato DAFP

Cabe aclarar que este informe se realiza en el marco de la emergencia económica, social y ecológica decretada por el Gobierno Nacional mediante Decreto 417 del 17 de marzo de 2020, razón por la cual los medios de verificación utilizados se centraron en el análisis de la información reportada por las áreas responsables y la verificación de los portales y sistemas de información existentes.

Como última etapa, con la información identificada y consolidada a lo largo del proceso auditor se construye el informe de seguimiento el cual se da a conocer a las destinatarias relacionadas en el numeral 1 del presente documento. Las conclusiones del informe de auditoría se describen a través de fortalezas y debilidades; estas últimas que a su vez están compuestas por dos tipos, las oportunidades de mejora y los hallazgos, cuyas definiciones se detallan a continuación:

- **Oportunidad de mejora:** Hace referencia a la identificación de temas problemáticos y mejoras potenciales sobre una situación específica identificada a lo largo del proceso auditor con su respectiva recomendación. Dicha situación puede llegar a ser reiterativa y podría llegar a tener efectos sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos institucionales, por lo que es necesario identificarlas, analizarlas y tomar decisiones sobre su tratamiento. En caso de que, producto de análisis realizado, el proceso determine que se acogerán las oportunidades de mejora y se tomen medidas para su tratamiento, las mismas deberán documentarse en el correspondiente plan de mejoramiento.
- **Hallazgo de auditoría:** Es un hecho relevante que se constituye en un resultado determinante en la evaluación de un proceso o un asunto en particular, al realizar la comparación de La Condición (situación detectada o hechos identificados) con El Criterio que se refiere al deber ser (cumplimiento de normas, reglamentos, lineamientos o procedimientos); y además para mayor claridad se complementa estableciendo sus Causas (qué originó la diferencia encontrada) y Efectos (situaciones adversas que pueden ocasionar la diferencia encontrada). Los hallazgos deben ser objeto de formulación de acciones tendientes a eliminar de fondo las causas que las originaron, las cuales harán parte del correspondiente plan de mejoramiento.

Es de aclarar que el término "**Plan de Mejoramiento**" hace referencia al instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto en

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021 Página 6 de 14

los resultados esperados, el logro de los objetivos de la entidad y la ejecución del plan de acción institucional. Su objetivo primordial es promover que la gestión de la entidad se desarrolle en forma eficiente y transparente, a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas y/o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo.

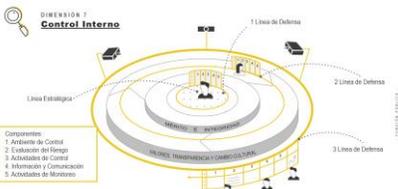
## 6. DESARROLLO DEL EJERCICIO AUDITOR

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

Tabla 3. Resultados General

<b>Nombre de la Entidad:</b>	<b>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</b>
<b>Periodo Evaluado:</b>	<b>PRIMER SEMESTRE DE 2021 (del 01 de enero de 2021 al 30 de junio de 2021)</b>



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

60%

### Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p><b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</b></p>	En proceso	<p>Se concluye que los lineamientos verificados en la presente evaluación, permiten la medición del grado de cumplimiento respecto a la estructura de control establecida en el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer con corte al 30 de junio de 2021, en consonancia a la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP reflejando un resultado final de los componentes en el presente formulario de 60%, demostrando una mejora en el trabajo articulado entre las Líneas de Defensa y los resultados de los controles establecidos en la Entidad. El Sistema presenta mejoras en los componentes Evaluación de Riesgos y Monitoreo (59% y 84%, respectivamente) y los componentes restantes se mantienen en el mismo nivel con respecto a la evaluación del segundo semestre de 2020.</p> <p>Por lo anterior, se recomienda establecer acciones que permitan fortalecer aspectos relacionados con definición y documentación del esquema de Líneas de Defensa, implementación de los lineamientos de Conflicto de Intereses, seguimientos a las acciones para resolver materialización de riesgos, así como el impacto en el Sistema de Control Interno de los informes recibidos por entes externos de control, entre otros aspectos.</p>
<p><b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	Si	<p>El Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer se considera que es efectivo, esto en razón a que su diseño esta alineado con las necesidades y operatividad de la Entidad, permitiendo la flexibilidad respecto con su evolución, lo que contribuye al cumplimiento misional y de objetivos de la SDMujer.</p> <p>Se recomienda fortalecer la toma de decisiones desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en relación con la información generada desde la segunda y la tercera Línea de Defensa.</p> <p>Por lo anterior, se concluye que el sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer es efectivo y se ajusta a los planes y programas definidos por la Entidad, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y en aras de continuar con el fortalecimiento del mismo.</p>
<p><b>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</b></p>	Si	<p>La Secretaría Distrital de la Mujer, definió a través de documentos establecidos por el Proceso de Direccionamiento Estratégico (guías, instructivos y procedimientos) los roles y responsables de las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación, basados en la estructura organizacional, definiendo los Líderes de política, sus equipos técnicos y las responsabilidades en la implementación del MIPG.</p> <p>Sin embargo, se recomienda continuar con la consolidación de las líneas de reporte establecidas en un único documento de estructuración del esquema de Líneas de Defensa, que conforme a la séptima dimensión de MIPG, coadyuven al establecimiento del mapa de aseguramiento de la Entidad, con el propósito de proporcionar en forma simple y efectiva un lineamiento que permita la mejora la comunicación referente a la gestión de riesgos y control para cada uno de los procesos y de esta forma fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno.</p>

Fuente: Formato DAFP (Anexo 1)



Tabla 4. Resultado por Componente del SCI

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	55%	54%	1%
Evaluación de riesgos	Si	59%	44%	15%
Actividades de control	Si	50%	46%	4%
Información y comunicación	Si	50%	46%	4%
Monitoreo	Si	84%	63%	21%

Fuente: Formato DAFP (Anexo 1)

Ver anexo No. 1 - Conclusiones

## 7. CONCLUSIONES

### 7.1. FORTALEZAS

En desarrollo del Informe a la Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno del primer semestre de la vigencia 2021, se identificaron las siguientes fortalezas por componente:

#### AMBIENTE DE CONTROL:

1. La entidad cuenta con el código de integridad
2. Existe la política de conflictos de intereses
3. Se identifican los riesgos asociados a corrupción
4. Respecto a la Gestión estratégica del talento humano, se tienen documentados los planes establecidos por normatividad, debidamente aprobados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño
5. Existe un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado de conformidad con la normatividad vigente.
6. Se cuenta con una política de Gestión de riesgos actualizada
7. Se realizó una medición del clima organizacional cuyos resultados fueron entregados en marzo de 2021.
8. Se evidencia que el Comité de Convivencia Laboral opera oportunamente para dirimir los conflictos de índole laboral que se pueden presentar en la entidad.

#### EVALUACIÓN DE RIESGOS:

1. Se observó que la Entidad cuenta con los mecanismos para relacionar toda su plataforma estratégica con los diferentes instrumentos de planeación institucionales contemplando la operación y gestión de los diferentes procesos, lo cual es un ejercicio que se viene llevando a cabo en concordancia con las directrices que se

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021
		Página 8 de 14

establecen desde la Secretaria Distrital de Planeación. También se evidencia la articulación y armonización correspondiente desde el Plan Distrital de Desarrollo PDD 2020-2024 con el Plan Estratégico de la entidad hasta los Planes Operativos y los planes institucionales (Decreto Nacional 612 de 2019).

2. Se evidencia que la SDMujer ha realizado un ejercicio adecuado para la formulación de los objetivos para los diferentes los planes, procesos y proyectos de inversión en concordancia con los lineamientos y directrices distritales y lo aportado desde el DNP, por lo cual se da cumplimiento al modelo SMART, para la formulación y seguimiento de objetivos.
3. El establecimiento de la Política de Administración del Riesgo de la SDMujer se ha dado de acuerdo con los parámetros aportados desde el DAFP y la Secretaría General del Distrito, en cumplimiento de la normatividad relacionada. Es importante mencionar que el documento de política fue actualizado en el mes de mayo de 2021 y describe los roles que cada una de las áreas y los procesos deben desarrollar en el marco del modelo de líneas de defensa.
4. La Política de Administración del Riesgo de la SDMujer define los parámetros para tener en cuenta para llevar a cabo los seguimientos a las acciones definidas por los procesos y así resolver los eventos de materialización de riesgos, dependiendo de la tipología de los riesgos y su nivel de aceptación y tratamiento. También en su capítulo de roles y responsabilidades, la política precisa, las actividades concretas que deben desarrollar los diferentes actores institucionales en la gestión del riesgo y concretamente para el tema de tratamiento, control y materialización.
5. A partir del establecimiento del análisis DOFA realizado en el documento de Contexto Estratégico de la SDMujer que se socializó en el mes de junio de 2021, se observa que la entidad inició un ejercicio de mejoramiento relacionado con la articulación de los elementos de los mapas de riesgos con los cambios identificados en el análisis DOFA con el ánimo de monitorear los factores internos y externos que se definieron para la entidad.

#### **ACTIVIDADES DE CONTROL:**

1. La evaluación del componente permitió evidenciar que la entidad asigna responsables para el desarrollo de las actividades en los procesos y procedimientos, documenta los procedimientos y controles requeridos para el desarrollo de su gestión, tendiente al cumplimiento de los objetivos institucionales, con el acompañamiento y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación.
2. El incremento de los recursos asignados para la vigencia 2021 para la ejecución de los diferentes programas establecidos dentro del marco misional de la entidad, reduce el riesgo de error o de incumplimientos que impacten la operación.
3. Se continua con la revisión y actualización de la documentación relacionada con estándares internacionales enmarcadas en la gestión ambiental, gestión documental y en el ejercicio auditor como aspecto estratégico para la determinación de la forma de desarrollar las actividades propias de la entidad, las responsabilidades y controles. Lo anterior dado en articulación con el nuevo Mapa de Procesos, en el marco de la construcción del Plan Estratégico 2020 - 2024 de la entidad.
4. La segunda Línea de Defensa realizó el seguimiento cuatrimestral de los riesgos referente a la revisión de la evaluación de la probabilidad y ocurrencia del riesgo, revisión de controles y su documentación en los procedimientos de la entidad, y calificación de los controles. El proceso de Planeación y Gestión cuenta con el procedimiento PG-PR-11 V.2 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, el cual contiene las responsabilidades para la elaboración y seguimiento del mapa de riesgos.
5. El proceso de Gestión Tecnológica cuenta con los inventarios de activos de información de la entidad con el fin de realizar la identificación de los riesgos tecnológicos, de igual forma cuenta con un esquema de gobierno de TI que contempla políticas, procesos, manuales, recursos y gestión del talento humano.

#### **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:**

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021
		Página 9 de 14

1. Los sistemas de información con los que cuenta la entidad y que son utilizados para el registro de datos que en el marco de la misionalidad de la entidad se ofrecen a la ciudadanía a través de la prestación de los servicios y que adicionalmente sirven como insumo para el reporte de información en tiempo real.
2. Se cuenta con instrumentos para la gestión y administración de la información en la Secretaria de la Mujer pública (Registro de activos de información, Índice de información clasificada y reservada, Programa de Gestión Documental y Tabla de Retención Documental), así como documentos asociados en temas de seguridad de la información y PQRS.
3. La comunicación permanente con los grupos de valor efectuados a través de los procesos de rendición de cuentas, así como otros espacios habilitados en el marco del plan de participación ciudadana.
4. La estrategia de comunicaciones que define claramente los canales de comunicación internos y externos definidos por la entidad, tendientes a mantener un relacionamiento permanente con la ciudadanía y servidoras(es).

#### **ACTIVIDADES DE MONITOREO:**

1. En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno presenta el Plan Anual de Auditoria y sus modificaciones para aprobación, así como los resultados de su ejecución, con el fin de definir las actividades a desarrollar en los roles de la Oficina para la vigencia 2021.
2. La formulación del Plan Anual de Auditoría se encuentra basado en riesgos.
3. La Entidad a través de la Oficina Asesora de Planeación documentó en el Sistema Integrado de Gestión, los lineamientos y mecanismos para definir los responsables de los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación en las distintas instancias institucionales.
4. La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, toma como insumo los informes de evaluación de los entes de control externos, con el propósito de realizar seguimiento a las acciones de mejora formuladas por la Entidad, lo cual se encuentra incluidos en los Planes de Mejoramiento.
5. La Entidad cuenta con Planes de Mejoramiento, a los cuales la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno realizan los seguimientos de las acciones de mejora formuladas por las dependencias, así como en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se lleva reporte de estos seguimientos que se efectúan.

#### **7.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA**

A continuación, se enuncian las oportunidades de mejora encontradas a lo largo de la auditoria, con el ánimo de identificar mejoras potenciales que las áreas o procesos, podrían tener en cuenta para su autoevaluación y por ende para la formulación de acciones de mejoramiento:

<b>Nº</b>	<b>OPORTUNIDAD Y/O RECOMENDACIÓN</b>	<b>Numeral del Informe</b>	<b>PROCESO RESPONSABLE</b>
<b>1</b>	Realizar el análisis de viabilidad de contar con una línea de denuncia interna o externa (independiente) sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al Código de Integridad.	6.	Control Interno Disciplinario
<b>2</b>	Fortalecer las actividades incluidas en el Plan Institucional de Capacitación enfocadas a garantizar el cumplimiento de la Ley de Transparencia.	6.	Gestión Talento Humano
<b>3</b>	Finalizar el proceso de formulación del Esquema de Líneas de Defensa para todos los procesos, incluyendo responsabilidades de reporte de información, cuyo resultado contribuirá para la estructuración del mapa de aseguramiento.	6.	Direccionamiento Estratégico



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

## SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN

#### INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO

Código: SEC-FO-2

Versión: 02

Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021

Página 10 de 14

			Seguimiento, Evaluación y Control
4	Determinar mecanismos de evaluación del proceso de retiro de personal, con indicadores o factores de medición.	6.	Gestión Talento Humano
5	Fortalecer los procesos de socialización y entrenamiento en los puestos de trabajo a los servidores que ingresen, en lo relacionado con los Manuales de Funciones y documentos a ejecutar en cada uno de los procesos.	6.	Gestión Talento Humano
6.	Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Conflicto de Interés basado en indicadores que permitan evidenciar la aplicación de la misma y fortalecer las actividades de capacitaciones frente a la detección y reporte de posibles conflictos de interés.	6.	Proceso Gestión Talento Humano
7	Realizar el análisis correspondiente para incluir los elementos que se contemplan en la metodología para implementar el sistema SARLAFT como parte del análisis de la gestión del riesgo en la entidad.	6.	Planeación y Gestión Gestión Contractual Gestión Financiera
8	Realizar la revisión técnica y metodología a los riesgos que han sido identificados en más de un proceso, para así articularlos y manejarlos como riesgos institucionales, estableciendo las responsabilidades de ejecución y seguimiento a los controles de conformidad con las competencias, objetivo y alcance de cada proceso. Adicionalmente en esta revisión, verificar riesgos asociados a los servicios tercerizados.	6.	Planeación y Gestión Todos Los Procesos Asociados
9	Plantear una estrategia o metodología práctica para que desde la Línea Estratégica (Comité Institucional de Control Interno) y la primera Línea de Defensa, se realicen los análisis correspondientes a los resultados de la gestión del riesgo de los diferentes procesos a partir de los seguimientos y monitoreos que se realizan cuatrimestralmente por parte de las lideresas de los procesos; los informes de auditoría a procesos de acuerdo con los componentes del Sistema de Control Interno; la evaluación independiente que se realiza a la gestión del riesgo y la evaluación a la implementación de política de administración de riesgos, con el fin de proponer cambios pertinentes y tomar decisiones convenientes en materia de gestión del riesgo.	6.	Planeación y Gestión Todos Los Procesos
10	Se recomienda que se lleve a cabo un análisis y monitoreo más exhaustivo por parte de la Segunda Línea de Defensa a la implementación de la gestión de sus riesgos y el plan de tratamiento, así como el reporte de los eventos de materialización de riesgos por parte de la Primera Línea de Defensa de la entidad, su verificación y presentación los resultados del monitoreo a la Línea Estratégica por parte de la Segunda Línea de Defensa.	6.	Planeación y Gestión Todos Los Procesos
11	Se recomienda asignar recursos para la contratación de un Ingeniero de Sistemas para realizar la auditoría al proceso de Gestión Tecnológica por cuanto se evidenció que la Oficina de Control Interno no cuenta con personal especializado en la materia y solo se realizan seguimientos a las actividades de control en el marco de los riesgos del proceso.	6.	Planeación y Gestión Seguimiento, Evaluación y Control



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

## SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN

#### INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO

Código: SEC-FO-2

Versión: 02

Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021

Página 11 de 14

12	<p>Se recomienda ampliar los temas a revisar en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno tales como: Implementación actividades de control asociados con Tecnología y Seguridad de la Información. Resultados de las auditorías y seguimientos ejecutados por la Oficina de Control Interno, así como de los ejercicios de autocontrol y monitoreos de Segunda Línea de Defensa. Retroalimentación de resultados de Entes de Control Externos tales como Veeduría Distrital, Archivo Distrital, entre otros. Resultados del seguimiento y monitoreo a los riesgos y controles por parte de la Segunda y Tercera Línea de Defensa. Resultados de las evaluaciones del cumplimiento de las metas y objetivos de la Entidad, conforme los planes y políticas sectoriales, presentados por la Oficina Asesora de Planeación.</p>	6.	Seguimiento, Evaluación y Control
13	<p>Se recomienda que en la estrategia de comunicaciones se establezcan políticas de operación en cuanto al direccionamiento de la gestión de las comunicaciones que desde otros procesos aportan a la dimensión de información y comunicación, así como las responsabilidades en cuanto a su manejo y consolidación de información relevante para la toma de decisiones estratégicas desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p>	6.	Comunicación Estratégica
14	<p>Incluir dentro de la estrategia de comunicaciones todos los canales de comunicación internos diseñados por la entidad (ICOPS, SIMISIONAL, LUCHA, ORFEO) y los externos existentes (PERNO, LIMAY, SDQS entre otros) donde se incluya su usos, responsabilidades y controles, así como el seguimiento correspondiente, que garanticen el registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable de la información, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones, y que facilite y soporte la toma de decisiones y permitir a la ciudadanía un conocimiento más preciso y exacto de la entidad.</p>	6.	Comunicación Estratégica
15	<p>Se recomienda establecer mecanismos (procedimientos, instructivos, guías, entre otros) encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos.</p>	6.	Comunicación Estratégica
16	<p>Fortalecer los sistemas de información respecto a la recopilación de datos que garanticen el almacenamiento y seguridad de la información relacionada con los instrumentos de planeación (Proyectos de inversión, Plan Operativo Anual y Productos, Metas y Resultados), que permita ver la trazabilidad de los avances de los procesos en desarrollo de su gestión</p>	6.	Direccionamiento Estratégico Gestión Tecnológica
17	<p>Se recomienda dar aplicación de los mecanismos establecidos por la entidad para evaluar la percepción de los usuarios, con el propósito que estos resultados sean utilizados para diseñar estrategias que permitan mejorar sus resultados, presentar los resultados a la Alta Dirección en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y socializarlos a las (os) colaboradoras (es) de la entidad.</p>	6.	Atención a la Ciudadanía, Planeación y Gestión Procesos Misionales
18	<p>Fortalecer el análisis de la caracterización de partes interesadas, realizando comparativos de una vigencia a otra, que permitan la toma de decisiones frente a las estrategias utilizadas por la entidad para dar cumplimiento a sus objetivos</p>	6.	Procesos Misionales

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small>	<b>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</b>	Código: SEC-FO-2
	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN</b>	Versión: 02
	<b>INFORME DE AUDITORIA/SEGUIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: 22 de julio de 2021
		Página 12 de 14

	y metas. Adicionalmente incluir en la agenda del Comité Institucional de Gestión y Desempeño el análisis de datos comparativos de la caracterización de partes interesadas.		
19	Se recomienda analizar la posibilidad de reglamentar la creación del Comité Editorial o incluir asuntos de su competencia en los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño que se realicen, como instancia de toma de decisiones en la que se adopten medidas de seguimiento a la dimensión de información y comunicación y las políticas asociadas.	6.	Comunicación Estratégica
20	No se encontró evidencia que soporte los ejercicios de autoevaluación realizados por las dependencias, por lo tanto, se recomienda desarrollar en el Sistema Integrado de Gestión lineamientos específicos en esta materia. Adicionalmente y teniendo en cuenta que no se documentan las acciones de mejoramiento generadas de otras fuentes distintas a los informes generados por la OCI y Contraloría de Bogotá D.C. así como de ejercicios de autocontrol efectuados por los mismos procesos, se recomienda que los resultados de estos ejercicios sean sujetos de acciones de mejora formalizados en LUCHA. Fortalecer los seguimientos realizados por la Alta Dirección a la formulación y cumplimiento de los planes de mejoramiento.	6.	Planeación y Gestión Todos los procesos asociados
21	Finalizar la verificación y articulación del módulo de gestión del riesgo en el aplicativo tecnológico LUCHA de modo que se de cumplimiento a lo dispuesto en la Guía de Administración de Riesgos emitida por la Función Pública en diciembre de 2020 y parámetros establecidos en la Política de Administración de Riesgos Institucional.	6.	Planeación y Gestión
22	Realizar un análisis documentado sobre el impacto que puedan tener los cambios en los diferentes niveles organizacionales sobre el sistema de control interno de la entidad.	6.	Direccionamiento Estratégico Todos los procesos
23	En los procedimientos y políticas de operación no existen disposiciones y/o lineamientos relacionados con los responsables de los sistemas de información de información que maneja la entidad, qué pasa con las desviaciones producto de su ejecución y alimentación, así como las disposiciones relacionadas con el monitoreo periódico de la entidad.	6.	Gestión Tecnológica

### 7.3. HALLAZGOS

Tema o Palabras Clave	Numeral del Informe	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	Proceso Responsable	ID LUCHA (reincidencia)
1.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

(Original Firmado)

**ANGELA JOHANNA MÁRQUEZ MORA**  
**JEFA DE CONTROL INTERNO**

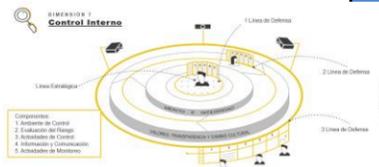
Anexo N° 1 - Conclusiones

Nombre de la Entidad:

SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE DE 2021 (del 01 de enero de 2021 al 30 de junio de 2021)



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

60%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Se concluye que los lineamientos verificados en la presente evaluación, permiten la medición del grado de cumplimiento respecto a la estructura de control establecida en el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer con corte al 30 de junio de 2021, en consonancia a la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP reflejando un resultado final de los componentes en el presente formulario de 60%, demostrando una mejora en el trabajo articulado entre las Líneas de Defensa y los resultados de los controles establecidos en la Entidad. El Sistema presenta mejoras en los componentes Evaluación de Riesgos y Monitoreo (59% y 84%, respectivamente) y los componentes restantes se mantienen en la misma calificación a la evaluación del segundo semestre de 2020. Por lo anterior, se recomienda establecer acciones que permitan fortalecer aspectos relacionados con definición y documentación del esquema de Líneas de Defensa, implementación de los lineamientos de Conflicto de Intereses, seguimientos a las acciones para resolver materialización de riesgos, así como el impacto en el Sistema de Control Interno de los informes recibidos por entes externos de control, entre otros aspectos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer se considera que es efectivo, esto en razón a que su diseño está alineado con las necesidades y operatividad de la Entidad, permitiendo la flexibilidad respecto con su evolución, lo que contribuye al cumplimiento misional y de objetivos de la SDMujer. Se recomienda fortalecer la toma de decisiones desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en relación con la información generada desde la segunda y la tercera Línea de Defensa. Por lo anterior, se concluye que el sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer es efectivo y se ajusta a los planes y programas definidos por la Entidad, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y en aras de continuar con el fortalecimiento del mismo.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La Secretaría Distrital de la Mujer, definió a través de documentos establecidos por el Proceso de Dirección Estratégica (guías, instructivos y procedimientos) los roles y responsables de las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación, basados en la estructura organizacional, definiendo los Líderes de política, sus equipos técnicos y las responsabilidades en la implementación del MIPG. Sin embargo, se recomienda continuar con la consolidación de las líneas de reporte establecidas en un único documento de estructuración del esquema de Líneas de Defensa, que conforme a la séptima dimensión de MIPG, coadyuven al establecimiento del mapa de aseguramiento de la Entidad, con el propósito de proporcionar en forma simple y efectiva un lineamiento que permita la mejora la comunicación referente a la gestión de riesgos y control para cada uno de los procesos y de esta forma fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	55%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La entidad cuenta con el código de integridad</li> <li>Existe la política de conflictos de interés</li> <li>Se identifican los riesgos asociados a corrupción</li> <li>Respecto a la Gestión estratégica del talento humano, se tienen documentados los planes establecidos por normatividad, debidamente aprobados en el comité institucional de Gestión y desempeño</li> <li>Existe un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado de conformidad con la normatividad vigente.</li> <li>Se cuenta con una política de Gestión de riesgos actualizada</li> <li>Se realizó una medición del clima organizacional cuyos resultados fueron entregados en marzo de 2021.</li> <li>Se evidencia que el Comité de Convivencia Laboral opera oportunamente para dirimir los conflictos de índole laboral que se pueden presentar en la entidad.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cualquiera de las herramientas que hacen parte de los lineamientos sobre integridad, tales como el código de integridad y la política de conflictos de interés entre otros, debe ser socializadas permanentemente. Si bien hay evidencia de capacitaciones en la inducción de funcionarios, no es garantía de conocimiento por parte de dichos funcionarios entrantes, así mismo respecto a la política de conflicto de interés, no existe evidencia de capacitación en el que se debería extender inclusive a los contratistas para evitar incurrir en actos que puedan presentar conflictos de interés.</li> <li>Si bien existe el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y se han realizado dos (2) reuniones en el primer semestre de 2021, se requiere ampliar los temas a revisar en dicha instancia para dar cumplimiento a sus funciones.</li> <li>La entidad no cuenta con un canal independiente para denunciar actos de corrupción, esto es, separado del proceso de recepción y atención de PQRS.</li> <li>La documentación de las líneas de defensa se realizó con base en las responsabilidades, proceso, procedimientos y dinámicas existentes para los procesos en cuestión, identificando que aún no se cuenta con la documentación de líneas de defensa para la totalidad de procesos de la entidad.</li> <li>No se cuenta con evidencias que documenten la forma de realizar una evaluación integral a las actividades de retiro de personal, o una evaluación realizada que permita la mejora continua de dichas actividades, lo cual es objeto de evaluación en la auditoría de Talento Humano.</li> </ol>	54%	<p><b>1. Lineamientos sobre integridad.</b> Se cuenta con el "Código de Integridad" (aprobado en 2018 y socializado en 2019 y 2020), y la "Política de conflictos de interés" (aprobada en 2019, sin socializar). El Comité de Convivencia opera oportunamente en relación con las quejas de posible maltrato entre colegas. Se realizaron encuestas para la medición de clima organizacional, las cuales se encuentran en consolidación y análisis. Se realiza la identificación, seguimiento y evaluación de los riesgos asociados a corrupción, presentando algunas deficiencias, por lo que no siempre se generan conclusiones sobre la pertinencia de los riesgos y la efectividad de los controles. En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno no se ha realizado evaluación de aspectos relacionados con la implementación de la política de integridad. No se tienen referentes de conducta que faciliten el seguimiento a la apropiación e implementación del Código de Integridad, y su evaluación.</p> <p><b>2. Gestión estratégica del talento humano.</b> Se tienen documentados los planes establecidos por norma, debidamente aprobados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y desde la Dirección de Talento Humano se realiza el seguimiento a su cumplimiento. Sin embargo, no se evidencia una planeación articulada y estratégica del talento humano, ni la evaluación y análisis de datos relevantes en relación con la ejecución de los planes aprobados, por lo que tampoco se cuenta con una evaluación integral de las estrategias asociadas al talento humano que permita la toma de decisiones desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p><b>3. Mecanismos para la adecuada supervisión del Sistema de Control Interno y líneas de reporte para su evaluación.</b> El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra reglamentado de conformidad con la normatividad vigente, se reúne periódicamente, y en la instancia se presentan los resultados de las auditorías y seguimientos realizados desde la Oficina de Control Interno. No obstante, la dinámica del Comité presenta debilidades, en el sentido de analizar y evaluar temas estratégicos no generados desde la tercera línea de defensa. Por otro lado, se documentó el esquema de líneas de defensa para procesos transversales, y se evidencian líneas de reporte y roles y responsabilidades asociadas a temas administrativos o de gestión.</p> <p><b>4. Evaluación de la planeación estratégica y política de administración del riesgo.</b> La Política de Administración del Riesgo fue actualizada en mayo de 2020, cumpliendo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, y teniendo en cuenta la evaluación de la implementación a la política en su versión anterior. La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento 2020, evidenciando debilidades en materia de implementación de los mecanismos de tratamiento establecidos en la política, y su correspondiente seguimiento. Se realiza el seguimiento a los planes operativos y proyectos de inversión desde la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea de defensa), y como parte de la evaluación de la gestión por dependencias desde la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa). Sin embargo, no se evidencian alertas o análisis de necesidades de recursos en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p>	1%
Evaluación de riesgos	Si	59%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se observa que la entidad cuenta con los mecanismos para relacionar toda su plataforma estratégica con los diferentes instrumentos de planeación institucionales contemplando la operación y gestión de los diferentes procesos, lo cual es un ejercicio que se viene llevando a cabo en concordancia con las directrices que se establecen desde la Secretaría Distrital de Planeación. También se evidencia la articulación y armonización correspondiente desde el Plan Distrital de Desarrollo PDD 2020-2024 con el Plan Estratégico de la entidad hasta los Planes Operativos y los planes institucionales (Decreto Nacional 612 de 2019).</li> <li>Se evidencia que la SDMujer ha realizado un ejercicio adecuado para la formulación de los objetivos para los diferentes planes, procesos y proyectos de inversión en concordancia con los lineamientos y directrices distritales y lo aportado desde el DNP, por lo cual se da cumplimiento al modelo SMART, para la formulación y seguimiento de objetivos.</li> <li>El establecimiento de la Política de Administración del Riesgo de la SDMujer se ha dado de acuerdo con los parámetros aportados desde el DAFP y la Secretaría General del Distrito, en cumplimiento de la normatividad relacionada. Es importante mencionar que el documento de política fue actualizado en el mes de mayo de 2021 y describe los roles que cada una de las áreas y los procesos deben desarrollar en el marco del modelo de líneas de defensa.</li> <li>La Política de Administración del Riesgo de la SDMujer define los parámetros para tener en cuenta para llevar a cabo los seguimientos a las acciones definidas por los procesos y así resolver los eventos de materialización de riesgos, dependiendo de la tipología de los riesgos y su nivel de aceptación y tratamiento. También en su capítulo de roles y responsabilidades, la política precisa, las actividades concretas que deben desarrollar los diferentes actores institucionales en la gestión del riesgo y concretamente para el tema de tratamiento, control y materialización.</li> <li>A partir del establecimiento del análisis DOFA realizado en el documento de Contexto Estratégico de la SDMujer que se socializó en el mes de junio de 2021, se observa que la entidad inició un ejercicio de mejoramiento relacionado con la articulación de los elementos de los mapas de riesgos con los cambios identificados en el análisis DOFA con el ánimo de monitorear los factores internos y externos que se definieron para la entidad.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para el periodo en evaluación, no se evidencia que se haya presentado el seguimiento de cumplimiento de las metas y objetivos planteados en los diferentes instrumentos de planeación institucional dentro de las sesiones llevadas a cabo en el primer semestre de 2021 para las instancias de Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de que la alta dirección realice los análisis pertinentes y se tomen decisiones en torno a la ejecución y consistencia de los objetivos institucionales. En este sentido se recomienda realizar la revisión de las temáticas a tratar en los Comités Institucional de Coordinación de Control Interno e Institucional de Gestión y Desempeño, así como la composición y retroalimentación permanente que se requiere generar entre estos dos espacios de toma de decisiones.</li> <li>La subutilización del aplicativo tecnológico LUCHA módulo de gestión del riesgo, por lo cual en coordinación con la empresa proveedora del software (KAWAK), se han estado llevando a cabo capacitaciones al equipo técnico de la Oficina Asesora de Planeación en el uso de la herramienta y así robustecer la asesoría que se debe prestar a toda la entidad en este tema. Adicionalmente se recomendó realizar un paralelo entre lo establecido en la metodología aportada desde el DAFP y la configuración que se tiene del aplicativo LUCHA para el módulo "riesgos y oportunidades", dado que se evidenció que se está generando confusión en la implementación y aplicación de los parámetros que contienen la Política de Administración del Riesgo.</li> <li>No se cuenta con el análisis correspondiente para incluir los elementos que se contemplaban en la metodología para implementar el sistema SAPIAET como parte del análisis de la gestión del riesgo en la</li> </ol>	44%	<p><b>1. Definición de objetivos.</b> Se formuló el Plan Estratégico 2020 - 2024. Se cuenta con objetivos estratégicos, de proyectos de inversión, de planes operativos anuales y de procesos, que se encuentran alineados a la planeación estratégica institucional. Los objetivos de los procesos se relacionan con el correspondiente ciclo PHVA, por lo que no siempre son medibles y/o no están acotados en el tiempo. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno no realiza evaluaciones periódicas a los objetivos, para determinar si son consistentes y adecuados para la entidad.</p> <p><b>2. Identificación, análisis y evaluación de riesgos.</b> Se cuenta con la Política de Administración del Riesgo, que aplica a la totalidad de la entidad, y en la cual se plasman las principales orientaciones en relación con la identificación, análisis, seguimiento y evaluación del riesgo. Desde la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea de defensa) se realiza el acompañamiento y asesoría a los procesos para la identificación de los correspondientes riesgos, y se maneja el aplicativo del Sistema de Gestión (LUCHA), donde se consolida la información de los riesgos, los controles, planes de contingencia y acciones preventivas identificadas, así como el seguimiento a los controles. Por su parte, las lideresas de proceso realizan la identificación, análisis, y seguimiento cuatrimestral a los riesgos asociados a los procesos identificados y sus correspondientes controles. Finalmente, la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, realiza el acompañamiento metodológico (rol enfoque a la prevención) y la evaluación de riesgos y controles. En el marco de dicha evaluación, se evidenciaron deficiencias en la identificación de riesgos, diseño de controles y el monitoreo realizado por los procesos a sus riesgos y controles, por lo que no siempre se generan conclusiones sobre la pertinencia de los riesgos y la efectividad de los controles. A pesar de que se encuentran documentados los roles y responsabilidades del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la dinámica del mismo no se ha desarrollado de forma tal que se analicen aspectos estratégicos y relevantes para garantizar la consecución de los objetivos institucionales, y la sostenibilidad del Sistema de Control Interno.</p> <p><b>3. Identificación y análisis de cambios significativos.</b> Si bien la Secretaría cuenta con el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género (OMEG), que recopila, ordena, analiza, interpreta y difunde la información concerniente a la situación de las mujeres que habitan en el Distrito Capital, y documentos como la caracterización de usuarias y la estrategia de comunicación, no se evidencia un documento que consolide un análisis estratégico e integral del entorno, que permita la identificación de factores estratégicos para la optimización de la gestión del riesgo institucional y su correspondiente tratamiento.</p>	15%

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Actividades de control	Si	50%	<p><b>FORTALEZAS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La evaluación del componente permitió evidenciar que la entidad asigna responsables para el desarrollo de las actividades en los procesos y procedimientos, documenta los procedimientos y controles requeridos para el desarrollo de su gestión, tendiente al cumplimiento de los objetivos institucionales, con el acompañamiento y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación.</li> <li>2. El incremento de los recursos asignados para la vigencia 2021 para la ejecución de los diferentes programas establecidos dentro del marco misional de la entidad, reduce el riesgo de error o de incumplimientos que impacten la operación.</li> <li>3. Se continúa con la revisión y actualización de la documentación relacionada con estándares internacionales enmarcadas en la gestión ambiental, gestión documental y en el ejercicio auditor como aspecto estratégico para la determinación de la forma de desarrollar las actividades propias de la entidad, las responsabilidades y controles. Lo anterior dado en articulación con el nuevo Mapa de Procesos, en el marco de la construcción del Plan Estratégico 2020 - 2024 de la entidad.</li> <li>4. La segunda Línea de Defensa realizó el seguimiento cuatrimestral de los riesgos referente a la revisión de la evaluación de la probabilidad y ocurrencia del riesgo, revisión de controles y su documentación en los procedimientos de la entidad, y calificación de los controles.</li> </ol> <p>El proceso de Planeación y Gestión cuenta con el procedimiento PG-PR-11 V.2 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, el cual contiene las responsabilidades para la elaboración y seguimiento del mapa de riesgos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. El proceso de Gestión Tecnológica cuenta con los inventarios de activos de información de la entidad con el fin de realizar la identificación de los riesgos tecnológicos, de igual forma cuenta con un esquema de gobierno de TI que contempla políticas, procesos, manuales, recursos y gestión del talento humano.</li> </ol> <p><b>DEBILIDAD :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dentro de la evaluación a este componente se evidenció que es necesario que en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité Institucional de Gestión y Desempeño se analicen temas que no son tratados en esta instancias en la SDMujer tales como la adecuada división de funciones y la segregación de éstas en diferentes personas, actividades de control asociados con infraestructura de TI, procesos de gestión de la seguridad de TI y adquisición, desarrollo y mantenimiento de TI, actualización de documentación relacionada con estándares internacionales.</li> <li>2. No se cuenta con personal especializado para la realización del ejercicio auditor al proceso de Gestión Tecnológica, sin embargo desde la tercera línea de defensa ya se ha solicitado apropiar recursos para este requerimiento.</li> </ol>	46%	<p>La Secretaría Distrital de la Mujer documenta los procedimientos y controles requeridos para el desarrollo de su gestión, tendiente al cumplimiento de los objetivos institucionales, con el acompañamiento y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación. La documentación se articula en temas específicos con normas y estándares internacionales (gestión ambiental, gestión documental, auditoría). En el segundo semestre de la vigencia se continuó con el plan de trabajo tendiente a la revisión y actualización de esta documentación, como aspecto estratégico para la determinación de la forma de desarrollar las actividades propias de la entidad, las responsabilidades y controles, así como los propósitos y productos intermedios y finales hacia los que se deben orientar dichas actividades. Lo anterior en articulación con el ajuste del Mapa de Procesos, realizado en el marco de la construcción del Plan Estratégico 2020 - 2024 de la entidad. No obstante, estos temas no se evalúan en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Se tienen documentados los controles TI asociados al manejo de software, hardware e infraestructura, así como para los servicios entregados por terceros. Sin embargo, no se evidencia seguimiento a los controles desde la segunda línea de defensa para las aplicaciones tecnológicas cuya administración no reposa en el área de tecnología de la entidad, ni consolidación y evaluaciones periódicas de aspectos clave en materia TI que faciliten la toma de decisiones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Los procesos realizan el monitoreo cuatrimestral de los riesgos y controles; sin embargo se presentan deficiencias en dichos seguimientos, debido a que en varios casos no se evidencian análisis sobre los riesgos y los controles, en el contexto externo e interno, por lo que no siempre se generan conclusiones sobre la pertinencia de los riesgos y la efectividad de los controles.</p> <p>La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento a la gestión del riesgo institucional 2020, incluyendo la evaluación de la efectividad de los controles, encontrando deficiencias en los mismos, las cuales fueron plasmadas en los respectivos informes.</p>	4%
Información y comunicación	Si	50%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los sistemas de información con los que cuenta la entidad y que son utilizados para el registro de datos que en el marco de la misionalidad de la entidad se ofrecen a la ciudadanía a través de la prestación de los servicios y que adicionalmente sirven como insumo para el reporte de información en tiempo real.</li> <li>2. Se cuenta con instrumentos para la gestión y administración de la información en la Secretaría de la Mujer pública (Registro de activos de información, Índice de información clasificada y reservada, Programa de Gestión Documental y Tabla de Retención Documental), así como documentos asociados en temas de seguridad de la información y PQRS.</li> <li>3. La comunicación permanente con los grupos de valor efectuados a través de los procesos de rendición de cuentas, así como otros espacios habilitados en el marco del plan de participación ciudadana.</li> <li>4. La estrategia de comunicaciones que define claramente los canales de comunicación internos y externos definidos por la entidad, tendientes a mantener un relacionamiento permanente con la ciudadanía y servidores(es).</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Estrategia de comunicaciones no cuenta con políticas de operación referente a aquellas actividades que desde otros procesos aportan a la dimensión de información y comunicación, de modo que garanticen el registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable de la información que facilite y soporte la toma de decisiones, para el direccionamiento de las comunicaciones que produce la entidad a nivel interno y externo. (numerales 13.1, 14.1, 14.2, 14.4)</li> <li>Adicionalmente, se reitera la necesidad de establecer la asignación de responsabilidades claras en cuanto a la creación, y difusión de información en la entidad, por parte de todas las áreas intervinientes, que garantice un adecuado flujo de información interna y externa acorde con las capacidades organizacionales. (numeral 13.1)</li> <li>2. Se presentan debilidades en cuanto a sistemas de información que permitan la recopilación de datos que garanticen el almacenamiento y seguridad de la información relacionada con los instrumentos de planeación (proyectos de inversión, POA y PMR). (numeral 13.1)</li> <li>3. Persisten debilidades en la aplicación de mecanismos que permitan identificar la percepción de los usuarios. Por lo que se precisa la importancia de establecer mecanismos (procedimientos, instructivos, guías, manuales, entre otros) que permitan establecer la periodicidad de aplicación y que manejo se va a dar a los resultados obtenidos. (Numeral 15.6)</li> <li>4. No se cuentan con mecanismos (procedimientos, instructivos, guías, entre otros) encaminados a evaluar periódicamente los canales de comunicación con partes externas, que permitan identificar mejoras que pueden fortalecer los canales de comunicación tanto internos como externos. (Numeral 15.4)</li> <li>5. En cuanto a la información y comunicación institucional, en la operatividad se presentan debilidades en la aplicación de los lineamientos establecidos en los documentos que contienen directrices para el manejo de la información de la Entidad, dificultando la identificación y consolidación de información relevante para la toma de decisiones estratégicas desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</li> <li>6. No existen políticas, directrices y/o mecanismos que permitan identificar cual es la información relevante para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, basada en los resultados de la gestión de la entidad que vaya más allá de la información requerida por las disposiciones de la Ley de transparencia y Acceso a la Información pública. (Numeral 13.2)</li> <li>7. En los procedimientos y políticas de operación no existen disposiciones y/o lineamientos relacionados con los responsables de los sistemas de información de información que maneja la entidad y qué nase</li> </ol>	46%	<p>La Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género (OMEG) y el Sistema de Información Misional (SIMISIONAL) como los principales aplicativos utilizados para el desarrollo de su misionalidad, en los que se realiza la captura, almacenamiento y procesamiento de datos. El OMEG cuenta con el documento técnico en el que se establecen las fuentes de información externa y periodicidad de recopilación, así como el propósito, alcance y otros aspectos relevantes como observatorio distrital sobre el tema, mientras que el SIMISIONAL hizo parte de la estrategia de racionalización de trámites desarrollada por la entidad, y cuya primera fase de implementación y depuración finalizó en diciembre de 2019.</p> <p>Adicionalmente, cuenta con los instrumentos de gestión de información pública (Registro de activos de información, Índice de información clasificada y reservada, Programa de Gestión Documental y Tabla de Retención Documental) y con políticas y manuales de seguridad de la información emitidas desde el proceso "Gestión tecnológica", en el marco de las políticas de gobierno digital y seguridad digital, y se identifican fuentes alternativas de información que es pertinente para la gestión y el desempeño de la entidad, como las PQRS, el Consejo Consultivo de Mujeres, y las encuestas de satisfacción, aclarando que en 2020 sólo se realizaron encuestas durante el primer trimestre, dada la emergencia sanitaria.</p> <p>Desde el proceso "Gestión tecnológica" se tienen establecidos políticas, manuales y procedimientos en los que se establecen controles, los cuales han sido socializados y se encuentran en proceso de implementación. Por su parte, el proceso "Atención a la ciudadanía" se encuentra debidamente documentado, y realiza la socialización de las directrices asociadas a los atributos del servicio y la atención de PQRS de manera constante.</p> <p>Por otro lado, el proceso "Comunicación estratégica", cuenta con procedimientos y documentos asociados, incluyendo la "Estrategia de Comunicación", donde se especifican los parámetros generales para el desarrollo del proceso, principales canales de información y responsabilidades de la vocería de la entidad, entre otros aspectos relevantes en materia comunicacional. Sin embargo, el proceso no opera de manera transversal, en el sentido de involucrar y articular los flujos de información entre procesos y colaboradoras(es), de la alta dirección a las(os) colaboradoras(es) de la entidad, y de éstos últimos hacia la alta dirección, así como no evidenciaron procedimientos tendientes a la medición de la evaluación de la efectividad de los canales existentes.</p> <p>En términos generales asociados a la información y comunicación institucional, si bien se cuenta con políticas y lineamientos documentados en términos del manejo de la información de la Secretaría Distrital de la Mujer, en la operatividad se presenta una desarticulación en la forma en que los procesos realizan dicho manejo, dificultando la identificación y consolidación de información relevante para la toma de decisiones estratégicas desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, así como para la realización del seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño de la entidad.</p>	4%
Monitoreo	Si	84%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno presenta el Plan Anual de Auditoría y sus modificaciones para aprobación, así como los resultados de su ejecución, con el fin de definir las actividades a desarrollar en los roles de la Oficina para la vigencia 2021.</li> <li>2. La formulación del Plan Anual de Auditoría se encuentra basado en riesgos.</li> <li>3. La Entidad a través de la Oficina Asesora de Planeación documentó en el Sistema Integrado de Gestión, los lineamientos y mecanismos para definir los responsables de los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación en las distintas instancias institucionales.</li> <li>4. La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, toma como insumo los informes de evaluación de los entes de control externos, con el propósito de realizar seguimiento a las acciones de mejora formuladas por la Entidad, lo cual se encuentra incluidos en los Planes de Mejoramiento.</li> <li>5. La Entidad cuenta con Planes de Mejoramiento, a los cuales la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno realizan los seguimientos de las acciones de mejora formuladas por las dependencias, así como en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se lleva reporte de estos seguimientos que se efectúan.</li> </ol> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la entidad se aplican encuestas de satisfacción a los ciudadanos que hacen uso de los canales de atención y adelanta mediciones de su efectividad, no obstante, no se encontró evidencia que los resultados sean empleados para el diseño de estrategias y acciones que permitan retroalimentar y reducir el número de solicitudes recibidas al interior de cada uno de los procesos.</li> <li>2. En el CICCI no se realizan evaluaciones sobre la efectividad del Sistema de Control Interno que generen acciones a desarrollar o toma de decisiones frente a los temas planteados, y no se incluye en la agenda el análisis de seguimientos y evaluaciones producto de ejercicios de autocontrol o de monitoreo de segunda línea de defensa.</li> <li>3. En la formulación (borrador) del esquema de Líneas de Defensa no se identifican responsabilidades, periodicidad y acciones a seguir de encontrarse desviaciones, entre otros elementos de relevancia para el diseño y ejecución de controles en todos los procesos. Por lo anterior se requiere continuar con la documentación del esquema de líneas de defensa, así como iniciar su implementación en términos de líneas de reporte.</li> <li>4. Indistinto de los Planes de Mejoramiento Internos, generados por auditorías internas efectuadas por la Oficina de Control Interno y los Planes de Mejoramiento Externos, suscritos con la Contraloría de Bogotá, cuyo seguimiento es realizado por la OAP y la OCI, así como en el marco del CICCI, no se documenta las acciones generadas de otras fuentes de mejoramiento (entidades y organismos externos), así como lo correspondiente a ejercicios de autocontrol efectuados por los mismos procesos.</li> <li>5. La Entidad requiere contratar un profesional especializado en temas de gestión tecnológica y gobierno digital que pueda apoyar a la Oficina de Control Interno en el ejercicio auditor de esta temática, acorde con solicitudes de la oficina y reporte de acción de mejora de FURAG resiterativo vigencias 2019 y 2020</li> <li>6. En las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno efectuadas durante el I semestre de 2021, no se incluyeron temas que acorde con sus funciones son de relevancia a presentar por la Oficina de Control Interno como socializaciones de retroalimentación de resultados de entes externos, como Veeduría Distrital.</li> </ol>	63%	<p>Se realiza la formulación basada en riesgos del Plan Anual de Auditoría. Su aprobación, seguimiento y evaluación se realiza en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se presentan y analizan los resultados de auditorías y seguimientos realizados desde la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa). Sin embargo, no se realizan evaluaciones sobre la efectividad del Sistema de Control Interno que generen acciones a desarrollar o toma de decisiones frente a los temas planteados, y no se incluye en la agenda el análisis de seguimientos y evaluaciones producto de ejercicios de autocontrol o de monitoreo de segunda línea de defensa.</p> <p>Si bien se evidencian seguimientos de segunda línea de defensa (metas de proyectos de inversión, gestión documental, gestión ambiental, servicio a la ciudadanía y participación ciudadana, entre otros), y cada dependencia realiza monitoreo desde su competencia técnica y funcional, no se identifican responsabilidades, periodicidad y acciones a seguir de encontrarse desviaciones, entre otros elementos de relevancia para el diseño y ejecución de controles.</p> <p>Se realizó la documentación de las líneas de defensa en su primera versión, con énfasis en los procesos misionales y de apoyo identificados en la entidad, el cual incluye terceros externos que aportan en el seguimiento y monitoreo del desempeño de dichos procesos. No obstante, se requiere continuar con esta documentación, así como iniciar su implementación en términos de líneas de reporte.</p> <p>La entidad cuenta con planes de mejoramiento, a los cuales se realiza seguimiento por parte del proceso a cargo de su desarrollo, desde la Oficina Asesora de Planeación, desde la Oficina de Control Interno y en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Sin embargo, dichos planes son producto de auditorías internas y externas o seguimientos realizados desde la Oficina de Control Interno o de la Contraloría de Bogotá, dejando sin documentar las acciones generadas de otras fuentes de mejoramiento, como las evaluaciones de otras entidades y organismos externos (Dirección Distrital de Archivo de Bogotá, Veeduría Distrital, Secretaría de Ambiente, entre otros), y los ejercicios de autocontrol realizados por los mismos procesos y dependencias.</p>	21%