


	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Auditoría Interna de Cumplimiento
Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional
y Programa de Transparencia y Ética Pública 2025
(Informe Final)

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL	4
1.1. <i>Criterios de Auditoría</i>	<i>5</i>
1.2. <i>Metodología</i>	<i>6</i>
2. LIMITACIONES	8
3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA	8
3.1. <i>PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP).....</i>	<i>11</i>
3.1.1. Cumplimiento (C): Construcción del Programa de Transparencia y ética pública con participación de la ciudadanía.	11
3.1.2. Cumplimiento (C): Aprobación del Programa de Transparencia y ética Pública de la vigencia 2025.	12
3.1.3. Cumplimiento (C): Publicación oportuna del PTEP en la sede electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer.	12
3.2. <i>Modificaciones y ajustes al PTEP, V2025.....</i>	<i>12</i>
3.2.1. Oportunidad de mejora (OM-01-OAP-2025): Modificación o reformulación del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.	14
3.2.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	15
3.3. <i>Lineamientos: Anexo Técnico Programa de Transparencia y Ética Pública (Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República)</i>	<i>15</i>
3.3.1. Oportunidad de mejora (OM-02-OAP-2025): Construcción del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.	19
3.3.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	20
3.4. <i>Seguimiento y monitoreo al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)</i>	<i>21</i>
3.4.1. Oportunidad de mejora (OM-03-OAP-2025): Fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa al PTEP.....	21
3.4.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	23
3.5. <i>Ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025.....</i>	<i>24</i>
3.5.1. Incumplimiento (I-01-AC-2025): Evidencias que no corresponden al período reportado para el PTEP (Cuatrimestre I y II).....	25
3.5.1.1. Respuesta del auditado	27
3.5.2. Oportunidad de mejora (OM-04-DE-2025): Posible omisión del cargue de evidencias de ejecución de la actividad 3.3. del componente 5 del PTEP (Cuatrimestre I).	27
3.5.2.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	29
3.5.3. Oportunidad de mejora (OM-05-GT-2025): Coherencia del medio de verificación propuesto con la meta o producto establecido por el proceso.	29
3.5.3.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	30



	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.5.4.	Oportunidad de mejora (OM-06-DDyDP-2025): Congruencia entre las unidades de programación cuatrimestral conforme a la meta o producto propuesto.	31
3.5.4.1.	Respuesta del auditado: Dirección de Derechos y Diseño de Políticas.....	32
3.5.5.	Incumplimiento (I-02-OAP-2025): Programación establecida para la actividad 2.1 del componente 2 para el segundo cuatrimestre del 2025.	32
3.5.5.1.	Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	33
3.5.6.	Oportunidad de mejora (OM-07-OAP-2025): Modificación o ajuste de la programación de la actividad 3.3 del componente 2 del PTEP que dé cuenta de la realidad de la meta o producto propuesta.	35
3.5.6.1.	Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	36
3.5.7.	Incumplimiento (I-03-OAP-2025): Evidencias insuficientes para demostrar la ejecución de actividad 6.1 del componente 2 del PTEP.	36
3.5.7.1.	Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	37
3.5.8.	Incumplimiento (I-04-SIDICU-2025): Omisión de evidencias y/o soportes de la actividad 2.1 del componente 6 del PTEP.	38
3.5.8.1.	Respuesta del auditado: Dirección del Sistema de Cuidado.....	39
3.6.	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES	40
3.6.1.	Cumplimiento (C): Publicación del mapa de riesgos en el aplicativo Lucha.	42
3.6.2.	Cumplimiento (C): Coherencia entre la acción del control y el riesgo identificado.	42
3.6.3.	Cumplimiento (c): Controles que fueron efectivos.	43
3.6.4.	Cumplimiento (C): Controles redactados de acuerdo con la estructura sugerida por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles.....	43
3.6.5.	Oportunidad de Mejora (OM-08-Varios-2025): Alinear la redacción de controles con la estructura establecida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles	46
3.6.5.1.	Respuesta del auditado: Dirección de Derechos y Diseño de Políticas.....	51
3.6.5.2.	Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	52
3.6.5.3.	Respuesta del auditado: Oficina Jurídica	53
3.6.5.4.	Respuesta del auditado: Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad	54
3.6.5.5.	Respuesta del auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades	55
3.6.6.	Cumplimiento (C): Controles con asignación de responsable para la ejecución y para el seguimiento.....	55
3.6.7.	Cumplimiento (C): Controles con periodicidad oportuna.	56
3.6.8.	Cumplimiento (C): Controles con evidencia de ejecución cargada en el aplicativo Lucha.	56
3.6.9.	Cumplimiento (C): Controles con evidencia de ejecución cargada en la periodicidad establecida.	56
3.6.10.	Incumplimiento (I-05-GC-2025): Control sin evidencia de ejecución cargada en el aplicativo LUCHA.	57
3.6.11.	Oportunidad de Mejora (OM-09-Varios-2025): Cargar la evidencia de ejecución del control conforme a la periodicidad establecida.	58
3.6.11.1.	Respuesta del auditado: Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad	60
3.6.12.	Cumplimiento (C): Controles con fuente documental registrada.	60
3.6.13.	Oportunidad de Mejora (OM-10-Varios-2025): Controles sin documentación asociada en Lucha.	61
3.6.13.1.	Respuesta del auditado: Oficina Jurídica	62
3.6.13.2.	Respuesta del auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades	62
3.6.14.	Cumplimiento (C): Controles con seguimiento cuatrimestral.	63

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



3.6.15.	Incumplimiento (I-06-Varios-2025): No se efectuó el cargue del acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos.....	63
3.6.15.1.	Respuesta del auditado: Dirección de Talento Humano	64
3.6.16.	Oportunidad de Mejora (OM-11-GC-2025): Cargue Inoportuno de actas de seguimiento a riesgos. 66	
3.6.16.1.	Respuesta del auditado.....	67
3.6.17.	Oportunidad de Mejora (OM-12-Varios-2025): Verificar que la información cargada en LUCHA sea coherente y corresponda a lo requerido.	67
3.6.17.1.	Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación	68
3.6.18.	Materialización de riesgos.....	69
3.6.19.	Cumplimiento (C): de la Política de Administración del Riesgo ante la Materialización del Evento. 70	

4. CONCLUSIONES	70
5. RECOMENDACIONES	71
6. PLAN DE MEJORAMIENTO.....	73
6.1. Evaluación de eficacia planes de mejoramiento internos vigentes.	73
6.2. Evaluación de efectividad planes de mejoramiento internos vigentes.....	74
7. ANEXOS	78
8. FIRMAS	78

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

VIGENCIA	2025
TITULO DE LA AUDITORIA	Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, 2025.
TIPO DE AUDITORIA	Auditoría de Cumplimiento
UNIDAD (ES) AUDITADABLE(S)	Proceso de Direccionamiento Estratégico Proceso de Mejoramiento Institucional Proceso de Comunicación Estratégica Proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación Proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía Proceso Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres Proceso de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Población Diferencial en el Distrito Capital Proceso de Gestión de Políticas Públicas Proceso de Gestión del Sistema Distrital de Cuidado Proceso de Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres Promoción de Acceso a la Justicia para las Mujeres Proceso de Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias Proceso de Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres Proceso de Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de los Derechos Humanos de las Mujeres Proceso de Gestión Administrativa Proceso de Gestión Financiera Proceso de Gestión Contractual Proceso de Gestión Documental Proceso de Gestión de Talento Humano Proceso de Gestión Jurídica Proceso de Gestión Tecnológica Proceso de Gestión Disciplinaria
RESPONSABLE (S)	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN- Segunda Línea Asesora de Comunicaciones



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

	Dirección de Gestión del Conocimiento Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades Dirección de Territorialización de Derechos y Participación Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad Dirección del Sistema del Cuidado Dirección de Derecho y Diseño de Políticas Subsecretaría de Gestión Corporativa Dirección de Talento Humano Dirección de Contratación Dirección Administrativa y Financiera Oficina Asesora Jurídica Oficina Control Disciplinario Interno
OBJETIVO	Verificar la formalización y ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública en la Secretaría Distrital de la Mujer para la vigencia 2025 en función de dar cumplimiento al Decreto 1122 de 2024, que reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022. Así como evaluar la efectividad de los controles institucionales establecidos en la Entidad de los riesgos de gestión y corrupción.
ALCANCE	Vigencia 2025.
PERIODO DE EJECUCIÓN	28 de octubre al 26 de noviembre del 2025.
EQUIPO AUDITOR¹	Anyi Paola Castillo Avendaño- APCA- Auditora Programa de Transparencia y Ética Pública. Karol Mishelld Tausa García- KMTG- Auditora Gestión de Riesgos Institucional

1.1. Criterios de Auditoría

- Artículo 73, 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”
- Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de

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)



	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”

- Decreto 1499 de 2017 “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”
- Artículo 31, Ley 2195 de 2022 “Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”
- Título IV, Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”
- Resolución 1519 de 2020 “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”
- Decreto 1122 de 2024 “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y ética Pública”
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG (3.2.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos) Versión 5.
- Documento Técnico Programas de Transparencia y Ética Pública del Distrito Capital de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- MI-GU-6 - Guía para la Identificación, Implementación, Reporte, Seguimiento y Actualización de Actividades de las Líneas de Defensa, V2.
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. DAFP.
- MI-PLT-2 - Política Administración del Riesgo – Versión 9.
- Acciones del Programa de Transparencia y Ética Pública de la Secretaría Distrital de la Mujer y la Matriz de riesgos de la Entidad, los cuales se encuentran publicados en el Botón de “Transparencia y acceso a la información pública” de la página web institucional.

1.2. Metodología

El presente ejercicio auditor parte de una **planeación** en la cual se realizó la revisión de datos, documentos e información contenida en el aplicativo del Sistema Integrado de Gestión “Lucha” en

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	



relación con la documentación relacionada con el Programa de Transparencia y Ética Pública, su articulación con los procesos y procedimientos internos de la Entidad, así como la revisión de información relacionada con la matriz de riesgos de los procesos establecidos en la Secretaría Distrital de la Mujer, y la documentación interna establecida para la gestión institucional de los riesgos identificados.

Partiendo de lo anterior, se remitió comunicación oficial mediante radicado 3-2025-004592 del 28/10/2025 para adelantar la evaluación de la gestión de riesgos institucional y evidencias de la ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública. Adicionalmente, como parte del análisis de la información, se generaron reportes del plan de mejoramiento (aplicativo LUCHA módulo de mejoramiento continuo) en función de parametrizar la matriz para efectos de realizar el seguimiento a las acciones abiertas y la evaluación de la efectividad de las acciones cerradas en seguimientos previos.

Posteriormente, en **desarrollo** del presente informe con el propósito de realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y la Gestión Institucional de Riesgos, a continuación, se resumen los principales aspectos de la metodología utilizada para el desarrollo y elaboración del presente informe:

- Recepción de la información correspondiente a la ejecución de las acciones del Programa de Transparencia y Ética Pública del primer y segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, así como soportes de las solicitudes y aprobación de ajustes al programa.
- Para los riesgos, se realizó la verificación de la información registrada en el módulo “Riesgos” del Sistema Integrado de gestión de la SdMujer “LUCHA”, así como de los resultados de la ejecución de los controles y del seguimiento a la gestión del riesgo consignados tanto en la matriz como en dicho aplicativo.
- Verificación de la información contenida en el mapa de procesos del aplicativo LUCHA.
- Revisión del contenido de la página web de la entidad, canales de comunicación internos, entre otros, de forma adicional al reporte y soportes remitidos por los procesos.
- Revisión del seguimiento y monitoreo de la segunda línea de defensa por parte de la Oficina Asesora de Planeación al Programa Institucional de Transparencia y Ética Pública y a los riesgos conforme a lo establecido en la Política de Riesgos de la Entidad.
- Consolidación de la información recopilada en la matriz de seguimiento general, donde se registran los avances cuantitativos y cualitativos evidenciados.

Asimismo, se llevó a cabo la revisión y análisis de la información reportada por la Oficina Asesora de Planeación de las acciones abiertas en el módulo de mejoramiento continuo del aplicativo LUCHA relacionadas con el actual Programa de Transparencia y ética Pública y gestión de riesgos al corte del 15 de noviembre del 2025, con el fin de verificar la pertinencia de los soportes que dan cuenta de las acciones desarrolladas, acorde con lo planteado en el Plan de Mejoramiento. Para cada acción formulada, se verificó la coherencia entre el hallazgo/oportunidad de mejora, las causas identificadas

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

y las acciones planteadas, con el propósito de determinar su calificación en términos de eficiente y adecuada. Y respecto a la verificación de la efectividad se efectuó la revisión de la información contenida en los reportes de planes de mejoramiento para la totalidad de los procesos de la Entidad, cuyas acciones fueron cerradas en los últimos 6 meses 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.

2. LIMITACIONES



En el presente ejercicio auditor adelantado por la Oficina de Control Interno, no se presentaron limitaciones por parte de las áreas evaluadas.

3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA



Resultados del análisis y verificación del estado y avance de las dependencias de la Secretaría Distrital de la Mujer, incluyendo la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea, la Asesora de Comunicaciones, la Dirección de Gestión del Conocimiento, la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, la Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad, la Dirección del Sistema del Cuidado, la Dirección de Derecho y Diseño de Políticas, la Subsecretaría de Gestión Corporativa, la Dirección de Talento Humano, la Dirección de Contratación, la Dirección Administrativa y Financiera y la Oficina Asesora Jurídica. Como resultado de este proceso, se presentan los siguientes hallazgos de auditoría.

Tabla 1. Resultados de Auditoría



Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente
				SCI
Cumplimientos	14	3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.6.12, 3.6.14, 3.6.18	Gestión Contractual Gestión Disciplinaria Direccionamiento Estratégica Gestión Jurídica Gestión Administrativa Oficina Asesora de Planeación	C1. Ambiente de Control C3. Actividades de Control C4. Información y Comunicación C5. Actividades de Monitoreo
Incumplimientos	6	Incumplimiento (I-01-AC-2025): Evidencias que no corresponden al período reportado para el PTEP (Cuatrimestre I y II).	Atención a la Ciudadanía	C3. Actividades de Control
		Incumplimiento (I-02-OAP-2025): Programación establecida para la actividad 2.1 del componente 2 para el segundo cuatrimestre del 2025.	Oficina Asesora de Planeación	C3. Actividades de Control

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente
				SCI
		Incumplimiento (I-03-OAP-2025): Evidencias insuficientes para demostrar la ejecución de actividad 6.1 del componente 2 del PTEP.	Oficina Asesora de Planeación	C3. Actividades de Control
		Incumplimiento (I-04-SIDICU-2025): Omisión de evidencias y/o soportes de la actividad 2.1 del componente 6 del PTEP.	Sistema Distrital del Cuidado	C3. Actividades de Control
		Incumplimiento (I-05-GC-2025): Control sin evidencia de ejecución cargada en el aplicativo LUCHA	Gestión Contractual	C3. Actividades de Control
		Incumplimiento (I-06-Varios-2025): No se efectuó el cargue del acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos	Gestión Contractual Gestión Talento Humano Oficina Asesora de Planeación	C3. Actividades de Control
Oportunidades de Mejora	12	Oportunidad de mejora (OM-01-OAP-2025): Modificación o reformulación del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.	Oficina Asesora de Planeación	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-02-OAP-2025): Construcción del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.	Oficina Asesora de Planeación	C1. Ambiente de Control
		Oportunidad de mejora (OM-03-OAP-2025): Fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa al PTEP.	Oficina Asesora de Planeación	C5. Actividades de Monitoreo
		Oportunidad de mejora (OM-04-DE-2025): Posible omisión del cargue de evidencias de ejecución de la actividad 3.3. del componente 5 del PTEP (Cuatrimestre I).	Direccionamiento Estratégico	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-05-GT-2025): Coherencia del medio de verificación propuesto con la meta o producto establecido por el proceso.	Gestión Tecnológica	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-06-DDyDP-2025): Congruencia entre las unidades de programación cuatrimestral conforme a la meta o producto propuesto.	Dirección de Derechos y Diseño de Políticas	C3. Actividades de Control

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente
				SCI
		Oportunidad de mejora (OM-07-OAP-2025): Modificación o ajuste de la programación de la actividad 3.3 del componente 2 del PTEP que dé cuenta de la realidad de la meta o producto propuesta.	Oficina Asesora de Planeación	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de Mejora (OM-08-Varios-2025): Alinear la redacción de controles con la estructura establecida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles	Promoción De La Participación Y Representación De Las Mujeres Gestión Financiera Relacionamiento Con La Ciudadanía Comunicación Estratégica Gestión Talento Humano Mejoramiento Institucional Gestión Jurídica Transversalización De Los Enfoques De Derechos Humanos De Las Mujeres, Género Y Poblacional Diferencial En El Distrito Capital Gestión De Políticas Públicas Gestión Territorial De Las Políticas Públicas Por Y Para Los Derechos De Las Mujeres Gestión Contractual Gestión Documental Direccionamiento Estratégico Prevención De Violencias Y Atención Integral A Mujeres Promoción Del Acceso A La Justicia Para Las Mujeres	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de Mejora (OM-09-Varios-2025): Cargar la evidencia de ejecución del Control conforme a la periodicidad establecida.	Promoción De La Participación Y Representación De Las Mujeres Gestión Financiera	C3. Actividades de Control

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente
				SCI
		Oportunidad de Mejora (OM-10-Varios-2025): Controles sin documentación asociada en Lucha.	Gestión Financiera Gestión Jurídica Promoción Del Acceso A La Justicia Para Las Mujeres Gestión Talento Humano Comunicación Estratégica	C4. Información y Comunicación
		Oportunidad de Mejora (OM-11-GC-2025): Cargue Inoportuno de actas de seguimiento.	Gestión Contractual	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de Mejora (OM-12-Varios-2025): Verificar que la información cargada en LUCHA sea coherente y corresponda a lo requerido	Gestión Contractual Gestión Talento Humano Mejoramiento Institucional	C4. Información y Comunicación
TOTAL:	32			

A continuación, se detallan los resultados anteriormente descritos.



3.1. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

El Programa de Transparencia y Ética Pública fue creado mediante el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 que creaba el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adicionalmente, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República mediante el Decreto 1122 del 2024, proporcionó lineamientos para la construcción del programa en las Entidades Públicas, facilitando a la vez un anexo técnico como guía para la implementación en los entes territoriales y a nivel nacional con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de la misionalidad institucional.

En ese sentido, la Oficina de Control Interno, procedió a validar la construcción y aprobación del actual Programa de Transparencia y Ética Pública de la Entidad para la Vigencia 2025, encontrando lo siguiente:

3.1.1. Cumplimiento (C): Construcción del Programa de Transparencia y ética pública con participación de la ciudadanía.

De acuerdo con las evidencias aportadas por la Oficina Asesora de Planeación se evidencia que la entidad promovió espacios para la construcción participativa del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la SdMujer. Para tal fin, se dispuso un formulario de consulta pública en línea, con el propósito de recoger los aportes de la ciudadanía respecto a las acciones propuestas, la consulta

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

estuvo abierta entre el 9 y el 29 de enero de 2025, permitiendo fortalecer el enfoque participativo y de transparencia del instrumento, conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Por lo anteriormente expuesto, se dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 31 de la Ley 2195 del 2022 y el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024, Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública, etapa de validación.

3.1.2. Cumplimiento (C): Aprobación del Programa de Transparencia y ética Pública de la vigencia 2025.

De acuerdo con los soportes remitidos por la Oficina Asesora de Planeación mediante Memorando No. 3-2025-004755 del 04/11/2025, se evidencia acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 29/01/2025 en la cual, se aprueba los planes institucionales de la vigencia 2025, entre los cuales se incluye el Programa de Transparencia y Ética Pública dando cumplimiento a lo establecido en el Concepto 178501 de 2024 del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Anexo técnico del Decreto 1122 del 2024, Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública, etapa de Aprobación.

3.1.3. Cumplimiento (C): Publicación oportuna del PTEP en la sede electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer.

De acuerdo con la consulta efectuada a la sede electrónica de la Entidad el 06 de noviembre del 2025, se evidencia que, en el botón de transparencia, numeral 4.3.6 Programa de Transparencia y Ética Pública, se llevó a cabo la publicación de la versión No.1 del PTEP aprobado antes del 31 de enero del 2025, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.1.4.4.1.4 del Decreto 1122 del 2024 y Artículo 9, literal g) de la Ley 1712 de 2014.

3.2. Modificaciones y ajustes al PTEP, V2025.

De conformidad con lo señalado en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, “cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública” en cumplimiento de lo anterior, se evidencia que la Secretaría Distrital de la Mujer está en proceso de implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública en la Entidad y sus resultados generales avanzan de conformidad con la programación establecida.

Es importante mencionar que, conforme al análisis adelantado por la Oficina de Control Interno, se identificaron seis (6) modificaciones al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) durante la vigencia 2025, lo cual posibilita contar actualmente con la versión 6, dadas las solicitudes de ajustes realizadas por las dependencias de la Entidad mediante correo electrónico y aprobadas por la Oficina Asesora de Planeación así:



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Tabla 2. Modificaciones del PTEP en la vigencia 2025.

Versión	Modificación Efectuada	Aprobación de la Modificación	Fecha de Publicación
2	Solicitud de ajuste periodicidad de actividad 4.1 a cargo de la Dirección de Gestión del Conocimiento - componente C5. Apertura Información y Datos Abiertos.	Aprobado el 17/03/2025 por parte de la Oficina Asesora de Planeación como consta en el correo adjunto	17/03/2025
3	Solicitud de ajuste periodicidad de actividades 1.1 a cargo de comunicaciones y actividad 2.1 a cargo de la Oficina Asesora de Planeación – componente C2. Rendición de Cuentas.	Aprobado el 21/04/2025 y 22/04/2025 por parte de la Oficina Asesora de Planeación como consta en el correo adjunto	23/04/2025
4	Solicitud de ajuste periodicidad de actividad 5.3 a cargo de Atención a la ciudadanía – componente C3. Atención a la ciudadanía.	Aprobado el 20/06/2025 por parte de la Oficina Asesora de Planeación como consta en el correo adjunto	20/06/2025
5	Solicitud de ampliación de plazo reporte actividad 3.3 a cargo de la Dirección Administrativa y Financiera – Gestión documental – componente C1. Transparencia y Acceso a la información.	Aprobado el 27/08/2025 por parte de la Oficina Asesora de Planeación como consta en el correo adjunto	27/08/2025
6	Solicitud de ampliación de plazo actividad 3.3 a cargo de la Dirección Administrativa y Financiera – Gestión documental – componente C1. Transparencia y Acceso a la información.	Aprobado el 30/09/2025 por parte de la Oficina Asesora de Planeación como consta en el correo adjunto	30/09/2025

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con información remitida por OAP (04/11/2025)

Adicionalmente, cabe mencionar que dichas actualizaciones al Programa de Transparencia y Ética Pública se han puesto en conocimiento a nivel interno de la Entidad mediante herramientas como la Boletina, Intranet y la publicación en el banner principal de la sede electrónica, lo cual, posibilita la transparencia en las acciones que se ajusten o modifiquen.

Sin embargo, en función de dar cumplimiento a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024, es importante tener en cuenta lo siguiente:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.2.1. Oportunidad de mejora (OM-01-OAP-2025): *Modificación o reformulación del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.*



Condición: De acuerdo con la información remitida por la Oficina Asesora de Planeación mediante Memorando No. 3-2025-004755 del 04/11/2025, se identificó que el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer ha sido objeto de diferentes modificaciones durante la vigencia 2025, debido a la solicitud efectuada por las dependencias involucradas en las actividades propuestas, lo que conlleva a que actualmente, se cuente con 7 versiones del PTEP publicadas en la sede electrónica de la Entidad. Lo anterior, va en contravía de los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024 que establece en el Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública, etapa de modificación o reformulación que *“dicho instrumento se formula una única vez y, de acuerdo con los resultados de la auditoría al Programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones.”*

Por lo anterior, será importante que se tomen las acciones pertinentes para dar cumplimiento a los lineamientos que establece la normatividad aplicable, de tal forma que se responda a un programa y no a un plan de acción por vigencia como se viene manejando a la fecha desde la Entidad.

Criterio: Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024, apartado "Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública", Etapa de Modificación o Reformulación, el cual establece textualmente: *"El Programa de Transparencia y Ética Pública se formula una vez y, de acuerdo con los resultados de la auditoría al Programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones. De forma regular, el Programa se reformula cada cuatro años y, extraordinariamente, cuando la entidad u organización lo considere necesario por resultados insatisfactorios. En el caso de las entidades públicas del nivel central, la reformulación del Programa corresponderá con la formulación de los planes de desarrollo nacional o territorial."*

Causa: Debilidad en los controles internos de comunicación, apropiación e implementación de los lineamientos emitidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. Esto genera una percepción interna y gestión del PTEP como un plan de acción de vigencia, en lugar de un programa estratégico con continuidad a mediano-largo plazo, contraviniendo la naturaleza del instrumento. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La gestión recurrente de múltiples versiones del PTEP durante una misma vigencia incrementa el Riesgo de Incumplimiento de la normativa aplicable (Decreto 1122 de 2024). Esto limita la eficacia y la continuidad estratégica del Programa, al desviar su propósito de ser un instrumento de política pública a mediano-largo plazo, lo que potencialmente debilita la promoción de la cultura de legalidad y la gestión efectiva de los riesgos de corrupción.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.2.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención a la oportunidad de mejora señalada, se informa que la Oficina Asesora de Planeación ha iniciado la revisión integral del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), con el fin de verificar su alineación con los lineamientos técnicos establecidos en el Anexo del Decreto 1122 de 2024. Esta revisión se está realizando en el marco del proceso de construcción del programa para la vigencia 2025-2028, lo que permitirá incorporar desde esta fase de formulación los ajustes necesarios en términos de estructura, enfoque y contenido.

Es importante indicar que, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente, la periodicidad de reporte del PTEP se mantendrá con un horizonte cuatrienal, acompañado de seguimientos internos de avance, lo cual garantiza la trazabilidad de las acciones y la coherencia metodológica del instrumento.



Dado que la observación corresponde a un ajuste técnico del propio instrumento y no a un incumplimiento derivado de su ejecución, no se formulará un plan de mejoramiento, sino que la OAP adelantará acciones internas de ajuste y armonización del PTEP, asegurando su correspondencia con los requisitos del Decreto 1122 y con los componentes estratégicos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Estas acciones incluyen: revisión de la estructura del programa, actualización de actividades por componente, verificación de políticas asociadas (transparencia, integridad, datos abiertos, participación, racionalización de trámites y gestión del riesgo de corrupción).”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, se observa que la Oficina Asesora de Planeación, se acoge a la oportunidad de mejora establecida por la Oficina de Control Interno, y se indica que la dependencia responsable del hallazgo *“adelantará acciones internas de ajuste y armonización del PTEP, asegurando su correspondencia con los requisitos del Decreto 1122 y con los componentes estratégicos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Estas acciones incluyen: revisión de la estructura del programa, actualización de actividades por componente, verificación de políticas asociadas (transparencia, integridad, datos abiertos, participación, racionalización de trámites y gestión del riesgo de corrupción).”* Por lo anterior, se mantiene la oportunidad de mejora tal como fue comunicada en el informe preliminar.

3.3. Lineamientos: Anexo Técnico Programa de Transparencia y Ética Pública (Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República)

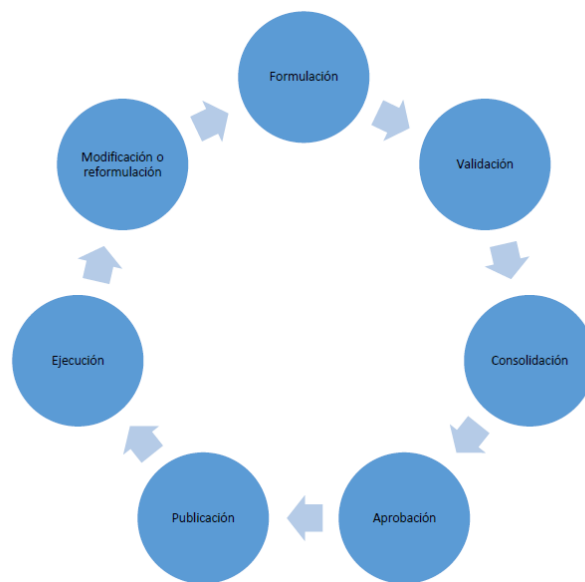
El Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, mediante el Decreto 1122 del 30 de agosto del 2024, adiciona el capítulo 4 al título 4 de la parte I del libro 2 del Decreto 1081 del 2015 un apartado relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública (PETP), en el cual a

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

partir de la función asignada a la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, se brinda lineamientos frente a la metodología y estructura de PTEP con el anexo técnico desarrollado por dicha Entidad.

En ese sentido, se extiende la invitación a la Secretaría Distrital de la Mujer para repensar el mismo y enfocar su construcción en el 2026, **como un programa y no un plan de acción de una sola vigencia**, en función de atender lo requerido por la normatividad vigente, así como establecido en el anexo técnico, teniendo en cuenta que El Programa se formula una única vez y, de ahí en adelante, se va adaptando y mejorando, de acuerdo con los resultados obtenidos, sin perjuicio de que, eventualmente, ante grandes transformaciones sea necesario volverlo a formular. Por lo anterior, es necesario que se contemple en su elaboración las siguientes etapas, componentes y acciones para su debida ejecución:



Gráfica 1. Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública.



Fuente: Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024 (Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública).

Tabla 3. Descripción del Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Etapa	Descripción
Formulación	La entidad debe identificar las herramientas o instrumentos que requiere para ejecutar cada acción, de conformidad con la normativa y el estándar aplicable, el cual, se verá plasmado en un documento escrito donde se recopile cada uno de los contenidos.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Validación	El Programa debe ser validado por los grupos de valor de la entidad u organización: colaboradores, usuarios y supervisores. Para esto, una vez formulado el Programa, debe ser sometido a un periodo de consulta pública de 15 días calendario en la sede electrónica de la Entidad.
Consolidación	De acuerdo con las observaciones que se reciban durante el periodo de consulta pública, la Entidad consolidará una versión del Programa que incorpore aquellos ajustes que encuentre pertinentes.
Aprobación	La versión consolidada del Programa deberá ser presentada ante la instancia directiva de mayor rango, quien lo aprobará. En el caso de las entidades obligadas a contar con un Comité Institucional de Gestión y Desempeño, esta será la instancia encargada de la aprobación del Programa.
Publicación	El Programa deberá estar publicado en la sede electrónica de la entidad u organización, de conformidad con lo que disponga el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
Ejecución	El Programa deberá contar con un Plan de Ejecución y Monitoreo. El Plan se actualizará anualmente. En el caso de las entidades obligadas a contar con Plan de Acción, cada año, de conformidad con el Plan de Ejecución y Monitoreo, deberán garantizar que las acciones del Programan estén contempladas en el Plan de Acción.
Modificación o reformulación	El Programa de Transparencia y Ética Pública se formula una vez y, de acuerdo con los resultados de la auditoría al Programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones. De forma regular, el Programa se reformula cada cuatro años y, extraordinariamente, cuando la entidad u organización lo considere necesario por resultados insatisfactorios. En el caso de las entidades públicas del nivel central, la reformulación del Programa corresponderá con la formulación de los planes de desarrollo nacional o territorial.

Fuente: Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024 (Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública).

De otro lado, es importante que la Secretaría Distrital de la Mujer, tenga presente los componentes y acciones a desarrollar en el Programa de Transparencia y Ética Pública, en función de alinearse a las directrices establecidas por la normatividad, así:



Tabla 4. Componentes y acciones del PTEP de acuerdo Anexo técnico.

COMPONENTES:	ACCIONES
Componente Transversal	1)Declaración: es una recopilación de los valores y principios que la entidad quiere exaltar, se vincula con la misión y visión que se tenga, y debe servir como guía para interpretar el objetivo y alcance del programa
	2) Objetivos: el Programa de Transparencia y Ética Pública debe contar con objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos ciertos. Los objetivos deben estar relacionados con finalidades específicas: la gestión del riesgo de corrupción, la promoción de una cultura de legalidad y todas las demás que se hayan definido en la Declaración.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06 Fecha de Emisión: 15/05/2025	

COMPONENTES:	ACCIONES
	3) Alcance: hacen parte del Alcance todos los colaboradores: funcionarios y empleados, según el tipo de Entidad, así como contratistas y proveedores. Eventualmente la Entidad podrá ampliar este alcance, según las particularidades de sus funciones o de los servicios que prestan
	4) Planeación: el PTEP se implemente debe incorporarse a las dinámicas propias de planeación de la Entidad, a los sistemas integrados de gestión de la entidad y a los planes de acción institucional acordes a los lineamientos definidos en la dimensión de Direccionamiento Estratégico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
	5) Monitoreo, administración y supervisión: de acuerdo con las líneas de defensa, el monitoreo y administración del programa corresponde a la primera línea. La supervisión del Programa, así como la responsabilidad por su cumplimiento, estará a cargo de la alta dirección en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. En esa medida, será esta instancia quien velará por una correcta administración y monitoreo del PTEP. Respecto del Modelo Integrado de Control Interno, la supervisión estará a cargo de la segunda línea.
	6) Reportes: a nivel externo, el cumplimiento del PTEP se medirá a través de la Medición de Desempeño Institucional (MDI) que se lleva a cabo a través del aplicativo FURAG. A nivel interno, la entidad debe definir el contenido y la periodicidad de los informes. Como mínimo debe contemplarse informes de monitoreo, dirigidos al administrador del Programa; e informes de administración, dirigidos al responsable de la supervisión.
	7) Formación: la Entidad deberá diseñar una estrategia permanente de formación para lograr la difusión del Programa y la apropiación de sus contenidos al interior de la institución. La estrategia de formación deberá articularse con los planes de formación vigentes dentro de la Entidad y contemplar diferentes instrumentos para lograr su propósito.
	8) Comunicación: la entidad debe definir los mecanismos a través de los cuales comunicara a sus grupos de interés externos el Programa.
	9) Auditoría y mejora: los PTEP tienen una vocación de permanencia, en esa medida, es fundamental que estén sometidos a procesos de auditoría que permitan identificar oportunidades de mejora y dar lugar a medidas correctivas o reformulaciones
	1) Administración de Riesgos: Contempla cuatro (4) aspectos a saber: <ul style="list-style-type: none"> Gestión de riesgos para la integridad pública Gestión de riesgos LA/FT/FP Canales de denuncia Debida diligencia
	2) Redes y articulación: Contempla dos (2) aspectos: <ul style="list-style-type: none"> Redes internas Redes externas
Componente programático (Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción)	3) Modelo de Estado Abierto: Contempla tres (3) aspectos a saber: <ul style="list-style-type: none"> Acceso a la información pública y transparencia Integridad pública y cultura de la legalidad Dialogo y corresponsabilidad
	4) Iniciativas adicionales: Según el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en los Programas de Transparencia y Ética Pública, las entidades podrán incluir cualquier iniciativa adicional que, considerando sus particularidades, contribuya a los objetivos y propósito del Programa, esto es, a promover la transparencia y a alcanzar una gestión ética de los asuntos públicos

Fuente: Elaboración propia conforme al Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024 (Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.3.1. Oportunidad de mejora (OM-02-OAP-2025): Construcción del PTEP conforme a los lineamientos establecidos en el anexo técnico del Decreto 1122 del 2024.



Condición: La Oficina de Control Interno en función de su rol como tercera línea de defensa efectuó el monitoreo correspondiente al Programa de Transparencia y ética Pública de la vigencia 2025, evidenciando que las actividades propuestas estaban contempladas para desarrollar mediante cuatrimestres durante el 2025. En razón a lo anterior, es indispensable que la Entidad realice el ejercicio de construcción de su nuevo programa, teniendo en cuenta que éste debe superar la vigencia, pasando la perspectiva de PLAN DE ACCIÓN que se viene trabajando en los últimos años, para abordarse como un PROGRAMA que no responde a un período de gobierno. Adicionalmente, es importante incluir dentro del mismo los dos (2) componentes (transversal y programático) que indica la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, así como todos los lineamientos que proporciona el Decreto 1122 del 2024 en su anexo técnico en función de dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente, así como contribuir a la promoción de la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de la misionalidad institucional.

Es importante destacar que, para acoger los lineamientos del Decreto antes señalado, se estableció como plazo máximo para las Entidades del Orden Territorial, hasta dos (2) años, los cuales se cumplirán en la vigencia 2026 para tomar las medidas pertinentes para la construcción de un PTEP que responda a los requerimientos de la normatividad aplicable.

Criterio: Anexo Técnico del Decreto 1122 del 2024 “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública.” Parágrafo 5, Artículo 2.1.4.4.1.2. del Decreto 1122 del 2024, establece: *“Las modificaciones hechas al Anexo Técnico aplicarán en los plazos señalados en el parágrafo 2 del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. Esto es, las entidades del orden nacional tendrán hasta un (1) año para incorporar cualquier modificación y las entidades del orden territorial hasta (2) años.”*

Causa: La Entidad ha mantenido la inercia en la gestión del PTEP bajo la metodología de un Plan de Acción Anual, lo que evidencia una debilidad en los controles internos diseñados para la apropiación, asimilación e implementación de los cambios en los lineamientos normativos definidos por la Secretaría de Transparencia. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: Posibles incumplimientos u omisión en la aplicación de la normatividad vigente frente a los Programas de Transparencia y Ética Pública.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.3.1.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:



“En atención a la oportunidad de mejora señalada, cabe mencionar que la OAP, ha avanzado en la apropiación de los lineamientos del Decreto 1122 de 2024, particularmente en lo relacionado con la evolución del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP hacia una perspectiva de mediano plazo, conforme lo establece el Anexo Técnico de la norma. En ese sentido, la Secretaría se encuentra en el periodo de transición normativo, por lo cual la revisión, reformulación y fortalecimiento del PTEP se realizará como parte del proceso de construcción 2026.

En consecuencia, no se formulará un plan de mejoramiento, puesto que la observación corresponde a un ejercicio de ajuste normativo en curso y no a una desviación frente a obligaciones vigentes. Sin embargo, como medida interna de fortalecimiento, la OAP implementará las siguientes acciones:

- Revisión técnica del PTEP vigente, incorporando las orientaciones del Anexo Técnico del Decreto 1122 de 2024.*
- Ajuste del enfoque temporal del PTEP, dejando de ser un plan anual para convertirse en un programa de mediano plazo, con periodicidad cuatrienal y seguimiento anual.*
- Incorporación progresiva de los componentes transversal y programático, según la metodología definida por la Secretaría de Transparencia.*
- Socialización y articulación con dependencias responsables, garantizando que las actividades proyectadas respondan a la naturaleza programática, y no a acciones aisladas por vigencia.*

Estas acciones permiten alinear la gestión institucional con la normatividad vigente, fortalecer el enfoque preventivo y garantizar una transición normativa.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, se evidencia que la Oficina Asesora de Planeación acoge la oportunidad de mejora establecida por la Oficina de Control Interno, y se indica que la dependencia responsable del hallazgo tomará acciones internas como “ 1) *Revisión técnica del PTEP vigente, incorporando las orientaciones del Anexo Técnico del Decreto 1122 de 2024;* 2) *Ajuste del enfoque temporal del PTEP, dejando de ser un plan anual para convertirse en un programa de mediano plazo, con periodicidad cuatrienal y seguimiento anual;* 3) *Incorporación progresiva de los componentes transversal y programático, según la metodología definida por la Secretaría de Transparencia;* y 4) *Socialización y articulación con dependencias responsables, garantizando que las actividades proyectadas respondan a la naturaleza programática, y no a acciones aisladas por vigencia.*” Por lo anterior, se mantiene la oportunidad de mejora tal como fue comunicada en el informe preliminar.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



3.4. Seguimiento y monitoreo al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

En el presente ejercicio auditor, en función de verificar el debido ejercicio de seguimiento y monitoreo por parte de la segunda línea de defensa, se requirió mediante radicado No. 3-2025-004592 del 28/10/2025 la información soporte, obteniendo como resultado lo siguiente:

3.4.1. Oportunidad de mejora (OM-03-OAP-2025): Fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa al PTEP.

Condición: La información remitida por la Oficina Asesora de Planeación (OAP) sobre los ejercicios de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la vigencia 2025, evidencia que, a pesar de la realización de actividades de seguimiento, no se han generado las alertas correspondientes a los procesos responsables para subsanar deficiencias, en ocho (8) actividades analizadas. Esta situación revela una debilidad en el monitoreo de la Segunda Línea de Defensa, manifestada en los siguientes puntos:

- Actividad 2.1 del componente 1 (Cuatrimestre I del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que una de ellas no es acorde con el periodo reportado que corresponde a los meses de enero y abril del 2025, de acuerdo con lo establecido en el campo denominado "Fecha programada." Sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 2.1 del componente 1 (Cuatrimestre II del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que la evidencia aportada no es acorde con la fecha programada en el PTEP que establece como fecha el mes de julio. Sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 3.3. del componente 5 (Cuatrimestre I del 2025): No se observa el cargue de los soportes correspondientes por parte del proceso a cargo, sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 4.1. del componente 1 (Cuatrimestre I y II del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que las mismas no son acordes con el medio de verificación establecido en el PTEP. Sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado frente a la correlación entre la actividad y el indicador de su cumplimiento.



	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Actividad 6.1. del componente 2 (Cuatrimestre II del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que no se cuenta con soportes que permitan validar la revisión con las dependencias misionales sobre la participación de la SdMujer en los nodos de rendición de cuentas. Por lo cual, no se da cumplimiento a la actividad programada. Sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 2.1. del componente 2 (Cuatrimestre II del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que las evidencias no son suficientes para dar cumplimiento a lo programado para el cuatrimestre conforme al medio de verificación establecido, sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 4.3 del componente 3 (Cuatrimestre II del 2025): Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que la evidencia adjunta no es acorde a la fecha programada para la ejecución de la actividad, así como no hace parte del segundo cuatrimestre de la vigencia. Por lo cual, se evidencia un cumplimiento parcial de la actividad. Sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.
- Actividad 2.1 del componente 6 (Cuatrimestre II del 2025): No se observa el cargue de los soportes correspondientes por parte del proceso a cargo, sin embargo, no se generó la alerta correspondiente por parte de la segunda línea de defensa en este caso, lo que evidencia debilidades en el seguimiento y monitoreo realizado.

En razón a lo anterior, se hace importante fortalecer los ejercicios de monitoreo que se están efectuando desde la segunda línea de defensa para generar alertas oportunas a los procesos y evitar incumplimientos de las acciones propuestas en los programas institucionales de la Secretaría Distrital de la Mujer.

Criterio:

- Guía para la identificación, implementación, reporte, seguimiento y actualización de actividades de las líneas de defensa (PG-GU-6, V2), Numeral 5 “Segunda línea de defensa”.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), V05, que establece que esta línea es responsable de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, asegurándose de que los controles de la primera línea (procesos) "sean apropiados y

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

funcionen correctamente". Esto implica la implementación de actividades de control específicas para el seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.

Causa: Insuficiencia en la formalización y aplicación de los Controles de Monitoreo de la Segunda Línea de Defensa. Se identifica una debilidad metodológica que se traduce en:

- Falta de criterios de criticidad y oportunidad que obliguen a la generación de una alerta formal ante deficiencias documentales (ej. evidencia no acorde o faltante) o incumplimientos de plazos.
- Debilidad en la supervisión de la calidad de la evidencia, lo que permite que el sistema de seguimiento documente el cumplimiento sin la correlación técnica requerida.

Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La deficiencia en el monitoreo de la Segunda Línea impide la generación de alertas oportunas, privando a la Primera Línea de Defensa (procesos) de la oportunidad de corregir las desviaciones a tiempo. Esta situación compromete la eficacia del Control Interno, lo que incrementa el Riesgo Residual de Incumplimiento de los objetivos estratégicos del PTEP y, por ende, de la promoción de la cultura de la legalidad y la mitigación del riesgo de corrupción.



3.4.1.1. Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En relación con la oportunidad de mejora planteada respecto al fortalecimiento del monitoreo efectuado por la segunda línea de defensa al Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, la Oficina Asesora de Planeación reconoce la necesidad de robustecer los mecanismos de verificación, seguimiento y alertamiento oportuno frente a inconsistencias en la ejecución y reporte de las actividades previstas en el programa.

Si bien durante la vigencia se realizaron ejercicios de revisión y acompañamiento técnico, se identifican oportunidades de mejora en la verificación de la coherencia entre las actividades reportadas, los medios de verificación definidos, las fechas programadas y los soportes cargados por los procesos responsables.

En ese sentido, y considerando las observaciones detalladas por la Oficina de Control Interno, la OAP implementará acciones internas orientadas a fortalecer el monitoreo preventivo, revisando que las evidencias reportadas correspondan al periodo evaluado, cumplan con los criterios de suficiencia y estén alineadas con los compromisos establecidos en el PTEP, permitiendo anticipar inconsistencias, generar alertas oportunas a los procesos responsables y mejorar la calidad del seguimiento realizado por la segunda línea de defensa.”

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se evidencia que la Oficina Asesora de Planeación, se acoge a la oportunidad de mejora establecida por la Oficina de Control Interno, y se indica que la dependencia responsable del hallazgo tomará acciones internas *“orientadas a fortalecer el monitoreo preventivo, revisando que las evidencias reportadas correspondan al periodo evaluado, cumplan con los criterios de suficiencia y estén alineadas con los compromisos establecidos en el PTEP, permitiendo anticipar inconsistencias, generar alertas oportunas a los procesos responsables y mejorar la calidad del seguimiento realizado por la segunda línea de defensa.”* Por lo anterior, se mantiene la oportunidad de mejora tal como fue comunicada en el informe preliminar.

3.5. Ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025.

La Oficina de Control Interno conforme lo dispuesto en el artículo 2.1.4.6. del Decreto 1081 de 2015, efectuó seguimiento a (56) actividades que tenían programada ejecución en el primer y segundo cuatrimestre de la vigencia, equivalentes al 75% del total de actividades formuladas para el programa en todos sus componentes.

Tabla 5. Actividades por componente del PTEP, 2025.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA 2025		
Componente	No. Total de actividades	No. Actividades por verificar
C1. Transparencia y Acceso a la Información	9	5
C2. Rendición de Cuentas	11	8
C3. Atención a la ciudadanía	16	13
C4. Racionalización de trámites	2	2
C5. Apertura de información y datos abiertos	9	9
C6. Participación e innova en la Gestión Pública	5	5
C7. Promoción de la integridad y ética pública	14	9
C8. Gestión de riesgos de corrupción- Mapas de riesgos	6	4
C9. Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos	3	1
TOTAL DE ACTIVIDADES	75	56

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el PTEP del 2025.

En el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, se evidenció los siguientes avances por cada uno de los componentes evaluados:



	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Tabla 6. Resultados porcentuales y total acumulado por componente.

COMPONENTE	I CUATRIMESTRE	II CUATRIMESTRE	TOTAL, AVANCE ACUMULATIVO
Componente 1. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	19,37%	16%	35,37%
Componente 2. Rendición de Cuentas	25%	13%	38%
Componente 3. Mecanismos para mejorar la Atención a la Ciudadanía	15%	34%	49,00%
Componente 4. Racionalización de Trámites	0%	75%	75%
Componente 5. Apertura de Información y Datos Abiertos	18%	46%	64,00%
Componente 6. Participación e Innovación en la Gestión Pública	12%	34%	46%
Componente 7. Promoción de la Integridad y la Ética Pública	13%	29%	42,00%
Componente 8. Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapas de Riesgo	39%	14%	53%
Componente 9. Medidas de debida Diligencia y Prevención de Lavado de Activos	0%	33%	33,00%
TOTAL DE AVANCE	15,71%	33%	48,37%



Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el PTEP, 2025.

Nota: El detalle del seguimiento realizado a cada una de las actividades verificadas se muestra en el [Anexo1](#) y [Anexo2](#) del presente informe.

De acuerdo con lo anterior, es posible inferir que, en el primer y segundo cuatrimestre de la vigencia, se logró el cumplimiento total del **48,37%** del Programa de Transparencia y Ética Pública, sin embargo, en el proceso de verificación adelantado por la Oficina se identificaron aspectos a mejorar como los siguientes:

3.5.1. Incumplimiento (I-01-AC-2025): Evidencias que no corresponden al período reportado para el PTEP (Cuatrimestre I y II).

Condición No.1: De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno el 13/11/2025 al SharePoint suministrado por la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia que para la actividad 2.1. del componente 1 "Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información" del I cuatrimestre del 2025, se aportó los siguientes soportes por el proceso:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Acta de reunión del 27/11/2024 con el fin de efectuar la revisión de los criterios de calidad y manejo del sistema en las respuestas de PQRS emitidas en el mes de octubre del 2024.
- Acta de reunión del 20/02/2025 con el fin de efectuar la revisión de los criterios de calidad y manejo del sistema en las respuestas de PQRS emitidas en el mes de enero del 2025. En relación con lo anterior, el soporte del 27/11/2024 no es acorde con el período de reporte requerido que corresponde a los meses de enero y abril del 2025 conforme al campo denominado "Fecha programada."



En razón a lo anterior, dada la falta de evidencias suficientes, no se puede constatar que la actividad se haya realizado en los tiempos descritos concluyendo un 25% de avance para el corte. Es importante, precisar que no se desconoce los avances y gestiones que se han adelantado desde el proceso, sino que, por el contrario, se hace énfasis en la actividad propuesta por la dependencia conforme a la meta o producto y el medio de verificación.

Condición No.2: De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno a la actividad 2.1. del componente 1 "Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información" para el segundo cuatrimestre del 2025, se evidencia acta de reunión del 08/05/2025 sobre revisión de los criterios de calidad y manejo del sistema en las respuestas de PQRS emitidas en el mes de abril del 2025. Sin embargo, cabe mencionar que la evidencia aportada no es acorde con la fecha programada en el PTEP para la actividad que en este caso corresponde al mes de julio. Por lo cual, será importante validar las evidencias aportadas y la generación de alertas por parte de la segunda línea.

Condición No.3: De acuerdo con la revisión adelantada por la Oficina de Control Interno a la actividad 4.3. del componente 3 "Mecanismos para mejorar la atención a la ciudadanía", se evidencia acta de reunión del 02/04/2025 de revisión y seguimiento semestral (primer semestre) de los documentos asociados al Proceso de Atención a la Ciudadanía para identificar su necesidad de actualización.

Sin embargo, cabe mencionar que la evidencia adjunta no es acorde a la fecha programada (junio) para la ejecución de la actividad, así como no hace parte del segundo cuatrimestre de la vigencia. Por lo cual, no se tiene evidencias suficientes para concluir el cumplimiento de la acción. Adicionalmente, no se generaron las alertas correspondientes por parte de la segunda línea de defensa.

Las situaciones descritas imposibilitan a la OCI (Tercera Línea de Defensa) constatar la plena ejecución de las actividades en los tiempos aprobados, lo que conduce a la determinación de un Incumplimiento de los hitos programados, sin que se desconozcan las gestiones adelantadas por el Proceso.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, específicamente:

- Componente 1: "Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información."
- Componente 3: "Mecanismos para mejorar la atención a la ciudadanía."

El PTEP constituye la hoja de ruta formalmente aprobada, y el campo "Fecha programada" establece el cronograma oficial de obligatorio cumplimiento para la ejecución de las acciones y la correlación de la evidencia.

Causa: Falta de un control interno robusto a nivel de proceso (Primera Línea de Defensa) que asegure que:

- La documentación y el cargue de evidencias (Actas, soportes, etc.) sean contemporáneos a la ejecución de la actividad.
- La evidencia aportada se corresponda estrictamente con el periodo y la meta programada en el PTEP, evitando el uso de soportes de vigencias anteriores o la documentación de ejecuciones que se encuentran formalmente fuera del cuatrimestre de reporte.

Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.



Efecto: El Incumplimiento determina la imposibilidad de la Entidad de certificar el avance y la ejecución oportuna de las acciones propuestas en el PTEP, resultando en un Reporte de Desempeño Inexacto de los compromisos estratégicos institucionales. Esta situación debilita la trazabilidad y la confiabilidad de la gestión de Transparencia y Ética, elevando el Riesgo de Gestión asociado a la validación del cumplimiento misional y el control de riesgos.

3.5.1.1. Respuesta del auditado

Para el presente incumplimiento, no se recibió respuesta por parte de la dependencia responsable e involucrada en el hallazgo, por lo cual, se mantiene en firme como fue comunicado en el informe preliminar (Memorando No. 3-2025-004949).

3.5.2. Oportunidad de mejora (OM-04-DE-2025): Posible omisión del cargue de evidencias de ejecución de la actividad 3.3. del componente 5 del PTEP (Cuatrimestre I).

Condición: Condición Optimizada (Detallada y Rigurosa): La verificación documental adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 13/11/2025, al repositorio SharePoint oficial suministrado por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), evidenció que la Actividad 3.3. del Componente 5

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

("Apertura de información y Datos Abiertos") para el I Cuatrimestre de la vigencia 2025, no cuenta con soportes y/o evidencias cargadas en dicho medio oficial que permitan certificar su cumplimiento.

No obstante, la OCI procedió a validar el cumplimiento del objetivo de la actividad en el sitio web de la Entidad, encontrando la siguiente información cargada y actualizada:

- Numerales 4.3. Planes de acción.
- Numerales 4.3.1. Metas, objetivos e indicadores de gestión (con el seguimiento al componente de inversión y gestión).
- Numerales 4.4 Proyectos de Inversión (con corte a 31 de marzo de 2025).

Esta situación revela una disparidad entre la ejecución pública de la actividad (Primera Línea de Defensa) y su documentación formal en el sistema de monitoreo interno (Segunda Línea de Defensa).



Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 5 "Apertura de información y datos abiertos".

El PTEP exige la documentación completa y oportuna de las actividades en los repositorios de información designados, con el fin de garantizar la trazabilidad y la validación por parte de los organismos de control y las líneas de defensa.

Causa: Se identifica una falla operativa en el proceso responsable (Primera Línea de Defensa) que permite la **omisión o el retraso en el cargue** del soporte de ejecución de las actividades en el repositorio interno oficial (SharePoint), a pesar de que la evidencia del producto final fue publicada en el canal externo. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La falta de correspondencia entre el reporte interno y la ejecución real de las actividades genera un Riesgo de Inexactitud en la Información de Monitoreo del PTEP. Esta inconsistencia:

1. Impide a la Segunda y Tercera Línea de Defensa (OAP y OCI) certificar la ejecución de la actividad en los tiempos programados, creando un falso negativo que podría resultar en un incumplimiento injustificado.
2. Debilita la confiabilidad del sistema de seguimiento institucional y compromete la oportunidad de la toma de decisiones basada en el desempeño real.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.5.2.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En relación con la oportunidad de mejora identificada, la OAP señala que, aunque la actividad 3.3 del componente 5 fue ejecutada por el proceso responsable y su resultado es verificable en los canales externos de la Entidad, se evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos internos de registro y trazabilidad entre la primera y la segunda línea de defensa.



Por lo anterior, y como actividad interna, se implementarán acciones para fortalecer el proceso de revisión y verificación del cargue de evidencias, reforzando la correlación entre lo publicado externamente y lo reportado en el repositorio oficial, de manera que la primera línea asegure el cargue completo y oportuno de los soportes en SharePoint, y la segunda línea verifique su consistencia con los medios de verificación y las fechas programadas.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se evidencia que la Oficina Asesora de Planeación, se acoge a la oportunidad de mejora establecida por la Oficina de Control Interno, y se indica que la dependencia responsable del hallazgo tomará acciones internas *“para fortalecer el proceso de revisión y verificación del cargue de evidencias, reforzando la correlación entre lo publicado externamente y lo reportado en el repositorio oficial, de manera que la primera línea asegure el cargue completo y oportuno de los soportes en SharePoint, y la segunda línea verifique su consistencia con los medios de verificación y las fechas programadas.”* Por lo anterior, se mantiene la oportunidad de mejora tal como fue comunicada en el informe preliminar.

3.5.3. **Oportunidad de mejora (OM-05-GT-2025): Coherencia del medio de verificación propuesto con la meta o producto establecido por el proceso.**

Condición: La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 13/11/2025 al SharePoint de la OAP para la Actividad 4.1. del Componente 1 ("Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información") del I y II Cuatrimestre de 2025, reveló una falta de correspondencia entre el Medio de Verificación formalmente establecido y la evidencia material presentada. El Medio de Verificación definido en el PTEP es: "Listados de Publicaciones realizadas". Sin embargo, la evidencia que soporta la actividad consiste en un "Reporte de accesibilidad de las publicaciones realizadas en la página web de la entidad, mediante adjunto de certificado generado". Se constata que las evidencias dan cuenta de la meta establecida; no obstante, el soporte aportado no guarda relación con el Medio de Verificación aprobado en el instrumento de planeación.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 1 "Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información". El diseño metodológico del PTEP exige la coherencia entre la meta/producto de la actividad y el medio

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06 Fecha de Emisión: 15/05/2025	

de verificación establecido para su medición, lo cual es fundamental para garantizar el cumplimiento de los indicadores.

Causa: Deficiencia en el Diseño Metodológico del PTEP y/o Desviación en la Ejecución de la Primera Línea. El proceso responsable utilizó un medio de verificación técnicamente diferente al formalmente establecido, lo que indica una incoherencia en la planeación inicial (Medio de Verificación inadecuado) o una decisión de ejecución que se apartó del instrumento de medición aprobado sin mediar el ajuste formal.

Efecto: La falta de correlación técnica entre el medio de verificación aprobado y la evidencia real aportada introduce ambigüedad y subjetividad en la medición del cumplimiento. Esto afecta la confiabilidad del indicador de gestión y puede generar confusión en las líneas de defensa al intentar certificar la conformidad del desempeño, comprometiendo la trazabilidad.

3.5.3.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención a la observación formulada en la Oportunidad de Mejora OM-05-GT-2025, referente a la coherencia del medio de verificación, procedemos a presentar las siguientes aclaraciones y acciones correctivas:



a) Aclaración sobre la Evidencia Inicial: El correo electrónico adjuntado en el repositorio contenía el informe generado a partir del reporte de accesibilidad de las publicaciones realizadas en la página web institucional. Dicho documento constituye evidencia verificable de la ejecución de la actividad prevista en el Componente 1 del Plan Técnico de Ejecución del Proyecto (PTEP), ya que refleja el análisis realizado.

b) Origen y Naturaleza de la Evidencia: El reporte de accesibilidad se obtiene mediante la herramienta externa TAWIDS (3W), la cual efectúa un análisis técnico automático de las publicaciones y expide un certificado con los resultados. Este soporte, por su naturaleza técnica, se genera en un formato de reporte específico de la herramienta, el cual da cuenta fehaciente tanto de la actividad ejecutada como del cumplimiento de la meta establecida.

c) Acción Correctiva para Garantizar la Coherencia Formal: No obstante lo anterior, y con el propósito de garantizar la plena correspondencia formal con el medio de verificación consignado en el PTEP, se tomarán acciones internas así:

**Elaborar y cargar un reporte consolidado que presente de manera explícita las publicaciones evaluadas, elaborado a partir de los resultados expedidos por la herramienta TAWIDS.*

**Este ajuste no modifica la evidencia del cumplimiento ya aportada ni afecta el logro de la meta; su único propósito es armonizar el formato del soporte documental con lo establecido en el instrumento de planeación, facilitando su verificación.*

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Reiteramos nuestro compromiso con la calidad de la gestión y la transparencia en la ejecución del proyecto. La retroalimentación de la Oficina de Control Interno (OCI) es valorada como un insumo esencial para el fortalecimiento continuo de nuestros procesos.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se reconoce que los soportes adjuntos por el proceso dan cuenta de la ejecución de la actividad, teniendo presente que son concordantes con la misma, sin embargo, dichas evidencias, no guardan una co-relación directa con el medio de verificación propuesto. Por lo cual, se establece desde la dependencia responsable (OAP) que se tomarán acciones internas con el propósito de garantizar la plena correspondencia con el medio de verificación asignado, para lo cual proponen: *“Elaborar y cargar un reporte consolidado que presente de manera explícita las publicaciones evaluadas, elaborado a partir de los resultados expedidos por la herramienta TAWIDS.”* Por lo anterior, se mantiene la oportunidad de mejora tal como fue comunicada en el informe preliminar.

3.5.4. Oportunidad de mejora (OM-06-DDyDP-2025): Congruencia entre las unidades de programación cuatrimestral conforme a la meta o producto propuesto.



Condición: La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 13/11/2025 al PTEP, específicamente la Actividad 3.4. del Componente 2 ("Rendición de Cuentas"), reveló una inconsistencia en la definición de la unidad de medida y la programación.

La Meta o Producto de la actividad está definida en unidades absolutas: "Siete talleres de formación en los derechos de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género". No obstante, la Programación Cuatrimestral establecida para el seguimiento utiliza unidades porcentuales, lo cual es técnicamente incongruente con la unidad de medida de la meta, ya que se programan porcentajes de cumplimiento sobre una unidad de producto (talleres) que debería medirse en unidades absolutas por cuatrimestre, lo que genera ambigüedad e imprecisión.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 2 "Rendición de Cuentas". La formulación de indicadores de gestión, incluyendo la programación cuatrimestral, debe asegurar la congruencia, claridad y precisión entre la unidad de medida de la meta (absoluta o relativa) y la unidad de medida de su programación y reporte, para facilitar una medición objetiva y verificable.

Causa: Deficiencia en el Diseño del Indicador y el Proceso de Planeación. La causa reside en una falla metodológica en la fase de planeación del PTEP, donde no se aseguró la correlación lógica entre la unidad de medida del producto (talleres) y la unidad de medida del indicador de avance (porcentaje), lo que resulta en un indicador de cumplimiento inefectivo.

Efecto: La incongruencia entre la unidad de la meta y la unidad de la programación cuatrimestral introduce un Riesgo de Interpretación Subjetiva en la evaluación del avance. Esto dificulta

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

la medición objetiva y precisa del cumplimiento de la actividad, afectando la toma de decisiones y el reporte de desempeño institucional.

3.5.4.1. Respuesta del auditado: Dirección de Derechos y Diseño de Políticas

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004999 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Derechos y Diseño de Políticas, se enuncia lo siguiente como réplica:



“La Dirección tomará acciones internas en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública, haciendo el ajuste en cantidades absolutas de la programación, de la meta relacionada con la actividad 3.4”

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida por parte de la dependencia responsable, se observa que acogen la oportunidad de mejora propuesta por la Oficina de Control Interno, y se enuncia que se tomarán medidas internas para efectuar el ajuste en las unidades de programación de la actividad 3.4. Por lo cual, se mantiene el hallazgo tal como fue comunicado en el informe preliminar para que se adelanten las gestiones respectivas por parte del proceso y se tomen las medidas pertinentes.

3.5.5. Incumplimiento (I-02-OAP-2025): Programación establecida para la actividad 2.1 del componente 2 para el segundo cuatrimestre del 2025.

Condición: La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) a la Actividad 2.1. del Componente 2 ("Rendición de Cuentas") programada para el II Cuatrimestre de 2025, reveló lo siguiente:

- i. Documentación Aportada: Se adjuntó el Memorando No. 3-2025-001807 del 01/07/2025 (lineamientos para diálogos ciudadanos) y el Acta de reunión del 21/07/2025 (preparación y programación de Nodos de Rendición de Cuentas).
- ii. Desviación en la Ejecución y Reprogramación: Los soportes citados evidencian que, en lugar de ejecutar la actividad en el II Cuatrimestre (como estaba programado en el PTEP), el Proceso acordó que los espacios de diálogo se realizarán en el último cuatrimestre de la vigencia.
- iii. Falta de Evidencia del Producto Final: Los soportes aportados solo documentan la preparación y la reprogramación, y no dan cuenta de los medios de verificación propuestos para evaluar el cumplimiento de la acción: "Informe de sistematización del diálogo", "Listado de asistencia", y "Pieza invitación".

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Versión: 06 Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En consecuencia, se evidencia que no se logró el cumplimiento de lo programado para el Segundo Cuatrimestre.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 2 "Rendición de Cuentas". El PTEP exige la ejecución de la Actividad 2.1. en el Segundo Cuatrimestre y la presentación de la evidencia del producto final, que debe incluir los medios de verificación establecidos.

Causa: Deficiencia en la Gestión de la Planeación y del Cronograma. El proceso optó por una reprogramación operativa de la actividad de Rendición de Cuentas, sin realizar el ajuste formal y oportuno al PTEP aprobado. Esto demuestra una debilidad en el control de la primera línea para cumplir los hitos temporales establecidos y una ausencia de un protocolo de gestión formal de cambios de planeación. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La falta de ejecución de la actividad en el tiempo programado constituye un Incumplimiento Formal del cronograma del PTEP. Esto genera un Riesgo de Retraso Crítico en la Rendición de Cuentas y compromete el logro oportuno del Objetivo Estratégico asociado a la participación ciudadana y la transparencia.



3.5.5.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

"De acuerdo con las orientaciones del Despacho y en cumplimiento de los Lineamientos técnicos y metodológicos del proceso de rendición de cuentas de la Administración Distrital, vigencia 2024–2027, emitidos por la Veeduría Distrital, se estableció la programación preliminar de los diálogos ciudadanos correspondientes al segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia.

En este marco, es importante señalar que, la Oficina Asesora de Planeación socializó ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en sesión del 5 de noviembre de 2024, las directrices remitidas por la Veeduría, señalando la necesidad de articular la estrategia de rendición de cuentas con las subsecretarías y el equipo de comunicaciones (ver Anexo 1. Acta Comité 5 de noviembre de 2024).

Posteriormente, en diciembre de 2024, y con el propósito de consolidar la estrategia institucional de rendición de cuentas para la vigencia 2025, la OAP remitió a las enlaces, lideresas y líderes de proceso un borrador de la estrategia para su revisión y retroalimentación, solicitando además la definición de los diálogos ciudadanos a desarrollar. No se recibieron observaciones por parte de las dependencias y, adicionalmente, la mesa de trabajo convocada para este fin no pudo realizarse debido a compromisos operativos de las

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

áreas misionales y de la OAP (ver Anexo 2. Correo de definición de estrategia de rendición de cuentas).

Con el fin de mantener abierta la posibilidad de concertación, se dejó la definición de los diálogos sujeta a la validación posterior con las dependencias misionales. En esa línea, la OAP elevó nuevamente la solicitud a las subsecretarías para revisar y proponer diálogos ciudadanos desde sus competencias. No obstante, la mayoría manifestó que, de acuerdo con la naturaleza de sus actividades, estas no se ajustaban a la definición de diálogo ciudadano establecida por la Veeduría Distrital (ver Anexo 3. Evidencia de correo).



Finalmente, en el mes de septiembre, el tema fue nuevamente presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia que definió los diálogos ciudadanos a realizarse en el tercer trimestre de la vigencia.

En este sentido, la OAP reitera que, si bien ha realizado las gestiones pertinentes, emitido las alertas necesarias y acompañado técnicamente el proceso, la definición final de los diálogos ciudadanos corresponde a las directrices del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como orientación estratégica en la Entidad.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, si bien se reconoce que han existido gestiones importantes desde la dependencia para lograr concretar los diálogos ciudadanos de la vigencia, el proceso menciona que “en el mes de septiembre, el tema fue nuevamente presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia que definió los diálogos ciudadanos a realizarse en el tercer trimestre de la vigencia.” Sin embargo, en la verificación normativa se observó que en la Resolución No. 0130 del 24 de abril del 2024², en su artículo 11, se establece que la Oficina Asesora de Planeación es la responsable de la política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción, Política bajo la cual, se encuentran los diálogos ciudadanos, y aunado a la función establecida en el numeral 2, artículo 10 de la mencionada Resolución “La Oficina Asesora de Planeación, es la encargada de fijar los lineamientos, y coordinar y promover la articulación de los actores institucionales para la óptima implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG”, labor que infiere, además de la concertación de las temporalidades para adelantar los diálogos durante la vigencia, el efectuar el respectivo seguimiento y monitoreo correspondiente para evitar el incumplimiento a las directrices de la Veeduría Distrital y a lo acordado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, generando las alertas oportunas que permitieran ajustar la periodicidad del cumplimiento de la actividad propuesta en el Programa de Transparencia y Ética Pública.

Por lo expuesto anteriormente, el incumplimiento se mantiene a la Oficina Asesora de Planeación para que se tomen las medidas pertinentes para evitar la permanencia en el tiempo de la situación identificada.

² “Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se regula su funcionamiento y se dictan otras disposiciones”

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.5.6. Oportunidad de mejora (OM-07-OAP-2025): Modificación o ajuste de la programación de la actividad 3.3 del componente 2 del PTEP que dé cuenta de la realidad de la meta o producto propuesta.

Condición: De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno el 13/11/2025 al SharePoint suministrado por la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia que para la actividad 3.3. del componente 2 "Rendición de Cuentas", se aporta acta del 23/04/2025 sobre Mesa de enlaces MIPG - Compromisos Rendición de cuentas 2021- 2022 Diálogos Ciudadanos, en la cual, se pone en conocimiento que se han culminado con los compromisos establecidos para esas vigencias, por lo cual, no se requiere más actualizaciones a la matriz de seguimiento a los compromisos.



En razón a lo anterior, se procedió a efectuar comunicación presencial el día 12/11/2025 con la Oficina Asesora de Planeación quien manifestó que, si bien se han realizado durante las últimas vigencias ejercicios de diálogos ciudadanos y rendición de cuentas, éstos no han generado compromisos, sino se han establecido consultas ciudadanas que han sido resueltas en el mismo espacio con la ciudadanía o se han gestionado como PQRSDF por parte de la Entidad.

Por lo anterior, no se adicionarán más evidencias a la adjunta en el primer cuatrimestre, dado que con ella se efectuó el cierre de compromisos conforme a los manifestado por el proceso responsable, por lo cual, será importante, efectuar el ajuste en el Programa de Transparencia y Ética Pública para evitar incumplimientos a lo que actualmente se encuentra aprobado en el mismo.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 2 "Rendición de Cuentas". El PTEP exige que las actividades programadas sean relevantes, necesarias y coherentes con la gestión actual del proceso y el estado de los compromisos institucionales.

Causa: Deficiencia en la Revisión y Depuración del PTEP. La inclusión de la Actividad 3.3. en la vigencia 2025 se debe a una falla en el control de planeación que no depuró o ajustó las actividades cuya necesidad u objeto ya había cesado o evolucionado a otra forma de gestión (PQRSDF/Consulta ciudadana), lo que evidencia la falta de una revisión periódica de la pertinencia de las acciones. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La inclusión de actividades incoherentes o desactualizadas genera un Riesgo de Reporte de Cumplimiento Inexacto, ya que formalmente la actividad permanece abierta sin la posibilidad de ejecución futura. Esto obliga a la Entidad a reportar un incumplimiento por una actividad cuya naturaleza es obsoleta, lo que compromete la eficacia y credibilidad del instrumento de planeación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.5.6.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“La Oficina Asesora de Planeación reconoce la observación realizada respecto a la actividad 3.3 del componente 2 del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, y coincide en que la programación vigente no refleja la realidad operativa del proceso de Rendición de Cuentas. Tal como se explicó durante la verificación presencial, en los últimos años los diálogos ciudadanos y ejercicios de rendición de cuentas no han generado compromisos formales susceptibles de seguimiento, dado que las inquietudes ciudadanas fueron atendidas directamente en los espacios participativos o gestionadas como PQRSDF, lo que derivó en el cierre técnico de los compromisos históricos de 2021–2022.



Por ello, como acción interna, la Oficina Asesora de Planeación ajustará la programación del componente de Rendición de Cuentas en el proceso de reformulación del PTEP 2026, con el fin de garantizar que las actividades incluidas sean pertinentes, vigentes y alineadas con los productos reales del proceso.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se observa que la Oficina Asesora de Planeación se acoge a la oportunidad de mejora establecida por la Oficina de Control Interno, y se enuncia que se tomarán medidas internas para lo cual *“ajustará la programación del componente de Rendición de Cuentas en el proceso de reformulación del PTEP 2026.”* En ese sentido, se mantiene el hallazgo tal como fue comunicado en el informe preliminar para que se adelanten las gestiones respectivas por parte del proceso y se tomen las medidas pertinentes.

3.5.7. **Incumplimiento (I-03-OAP-2025): Evidencias insuficientes para demostrar la ejecución de actividad 6.1 del componente 2 del PTEP.**

Condición: La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 13/11/2025 al repositorio SharePoint de la OAP para la Actividad 6.1. del Componente 2 ("Rendición de Cuentas") reveló lo siguiente:

- i. Se adjuntó un Acta de reunión del 27/08/2025 sobre "Capacitación Nodos de Rendición de cuentas - Diálogos Ciudadanos". Este soporte demuestra la realización de una mesa de trabajo para revisar la pertinencia de activar nodos interinstitucionales, en el marco de lineamientos de Función Pública.
- ii. Sin embargo, la OCI constata que no se cuenta con soportes complementarios ni listados de verificación que permitan validar la revisión formal y la articulación con las dependencias misionales de la Secretaría Distrital de la Mujer, en relación con la participación de la Entidad

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

en dichos nodos.

En consecuencia, el cumplimiento de la meta producto, que implica la revisión interna con las áreas misionales, no se puede dar por satisfecho debido a la insuficiencia de la evidencia para demostrar la articulación requerida.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 2 "Rendición de Cuentas", que exige que el cumplimiento de la Actividad 6.1. debe estar soportado en evidencias que demuestren la revisión y el consenso interno con las dependencias misionales sobre la participación en los Nodos de Rendición de Cuentas, conforme a la meta producto establecida.



Causa: La causa reside en que el proceso responsable no generó ni conservó la evidencia secundaria requerida (ej. listado de chequeo de dependencias consultadas, acta de socialización o memorando de validación) que demuestre formalmente el alcance total de la actividad programada (la revisión con misionales), lo que limita la trazabilidad y la comprobación de la articulación interna. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: El incumplimiento por insuficiencia probatoria genera un Reporte de Ejecución Inexacto para el PTEP y compromete la eficacia de la actividad, ya que no se puede asegurar que la participación en los Nodos de Rendición de Cuentas cuente con la articulación y los insumos técnicos necesarios de las áreas misionales.

3.5.7.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“Es importante señalar que, desde el mes de junio, la Oficina Asesora de Planeación solicitó capacitación específica sobre los nodos de rendición de cuentas. En esta sesión, el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas – SNRdC de Función Pública explicó que dichos nodos tienen como propósito fortalecer la transparencia y promover la participación ciudadana mediante la articulación interinstitucional en ejercicios conjuntos de rendición de cuentas. No obstante, en el caso de la Secretaría Distrital de la Mujer, y teniendo en cuenta la naturaleza misional del sector, se adelantaron consultas verbales con las dependencias misionales durante las mesas de co-creación para la actualización documental. En estos espacios se discutió la pertinencia de los nodos de rendición de cuentas, y las áreas señalaron que la entidad ya realiza ejercicios permanentes de relacionamiento y diálogo con la ciudadanía, como los Consejos Consultivos de Mujeres, los espacios de retroalimentación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, los Comités Operativos Locales de Mujer y Género, la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y los diálogos ciudadanos.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Desde esta perspectiva, las dependencias expresaron que estos mecanismos cumplen funciones equivalentes a las de un nodo, por lo que no consideraban necesaria la creación de estructuras adicionales.

Por lo tanto, la OAP se comprometió a revisar con Función Pública el alcance y la obligatoriedad de la activación de los nodos de rendición de cuentas, teniendo en cuenta que hasta ese momento no se había recibido una orientación específica para su implementación en el sector Mujer. Durante esta misma sesión, se consultó directamente a Función Pública sobre el carácter obligatorio del tema, quienes manifestaron que la decisión de activar o no los nodos corresponde de manera expresa a la alta dirección de cada entidad.



En ese sentido, como acción correctiva, se propone incorporar este asunto como un componente de la estrategia de rendición de cuentas 2026, con el fin de elevar la consulta al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Será esta instancia, en el marco de sus funciones de orientación estratégica, la que determine si la Secretaría Distrital de la Mujer debe articularse a los nodos de rendición de cuentas en las vigencias siguientes.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida por la Oficina Asesora de Planeación, se reconoce que ha existido una gestión importante para determinar la obligatoriedad y el alcance de la activación de los nodos de rendición de cuentas en la Entidad conforme a las instrucciones y orientaciones que se han adelantado con el Departamento Administrativo de la Función Pública, sin embargo, dado la acción propuesta no se cuenta con evidencias y/o soportes documentados que permitan validar que se socializó con las dependencias misionales el tema, aspecto que está enfocado en la actividad planteada en el Programa de Transparencia y Ética Pública que señala “Revisar con las dependencias misionales la participación de la SdMujer en los nodos de rendición de cuentas” y que establece como medio de verificación “Acta de reunión”. Razón por la cual, no se desestima el incumplimiento establecido, teniendo en cuenta que no se tienen evidencias adicionales que permitan constatar las “consultas verbales con las dependencias misionales” que se indican en la respuesta por parte de la Oficina Asesora de Planeación.

En ese orden de ideas, se ratifica que no se cuenta con evidencias suficientes para demostrar la ejecución de actividad 6.1 del componente 2 del PTEP para el segundo cuatrimestre de la vigencia. Por lo cual, se mantiene el hallazgo para que se tomen las medidas y/o tratamientos pertinentes que mitiguen la causa raíz del hallazgo identificado.

3.5.8. Incumplimiento (I-04-SIDICU-2025): Omisión de evidencias y/o soportes de la actividad 2.1 del componente 6 del PTEP.

Condición: La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 13/11/2025 al repositorio SharePoint (OneDrive) suministrado por la Oficina Asesora de Planeación (OAP) evidenció que para la Actividad 2.1. del Componente 6 (“Participación e Innovación en la Gestión Pública”), no se cuenta con ninguna información ni soporte cargado en el medio oficial de seguimiento

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

del Programa de Transparencia y Ética Pública. La falta de soportes y/o evidencias es total, por lo cual la OCI no puede constatar la ejecución de la acción propuesta en el PTEP conforme a la programación y al medio de verificación establecido.

Criterio: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 6 "Participación e Innovación en la Gestión Pública". El PTEP exige la ejecución y la documentación obligatoria de la Actividad 2.1., incluyendo su respectivo medio de verificación, para certificar el cumplimiento de la acción.

Causa: La causa es una omisión total del proceso de gestión documental y reporte por parte del área responsable, lo que impide demostrar si la actividad fue ejecutada, o si fue ejecutada sin la debida generación y/o conservación de la evidencia. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.



Efecto: La ausencia total de evidencias documentales equivale a la determinación de un Incumplimiento Total de la actividad programada. Esto compromete la transparencia y la trazabilidad de la gestión pública en el Componente 6, resultando en un Riesgo de Gestión por la imposibilidad de demostrar el uso de recursos y el logro de metas en materia de participación e innovación.

3.5.8.1. **Respuesta del auditado: Dirección del Sistema de Cuidado**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-005003 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Dirección del Sistema de Cuidado, se enuncia lo siguiente como réplica:

“se informa que la Dirección del Sistema de Cuidado realizó el respectivo reporte de la actividad, recibiendo el 3 de septiembre un correo de confirmación por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), en el cual se indica: “Me permito informar que hemos culminado satisfactoriamente el seguimiento al Programa de Transparencia. Agradecemos su gestión oportuna y el compromiso para el cumplimiento de esta tarea”. Posteriormente, el 10 de septiembre, la Oficina Asesora de Planeación (OAP), realizó un requerimiento dirigido a las áreas que aún contaban con pendientes frente al reporte del PTEP; no obstante, la Dirección del Sistema de Cuidado no fue incluida dentro de dicha reiteración, teniendo en cuenta que, como se señaló en el correo del 3 de septiembre, esta Dirección había culminado satisfactoriamente el seguimiento al PTEP. Por lo anterior, se presentan para su consideración los correos enviados y recibidos por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), en los cuales no se registra observación alguna frente a la solicitud.”

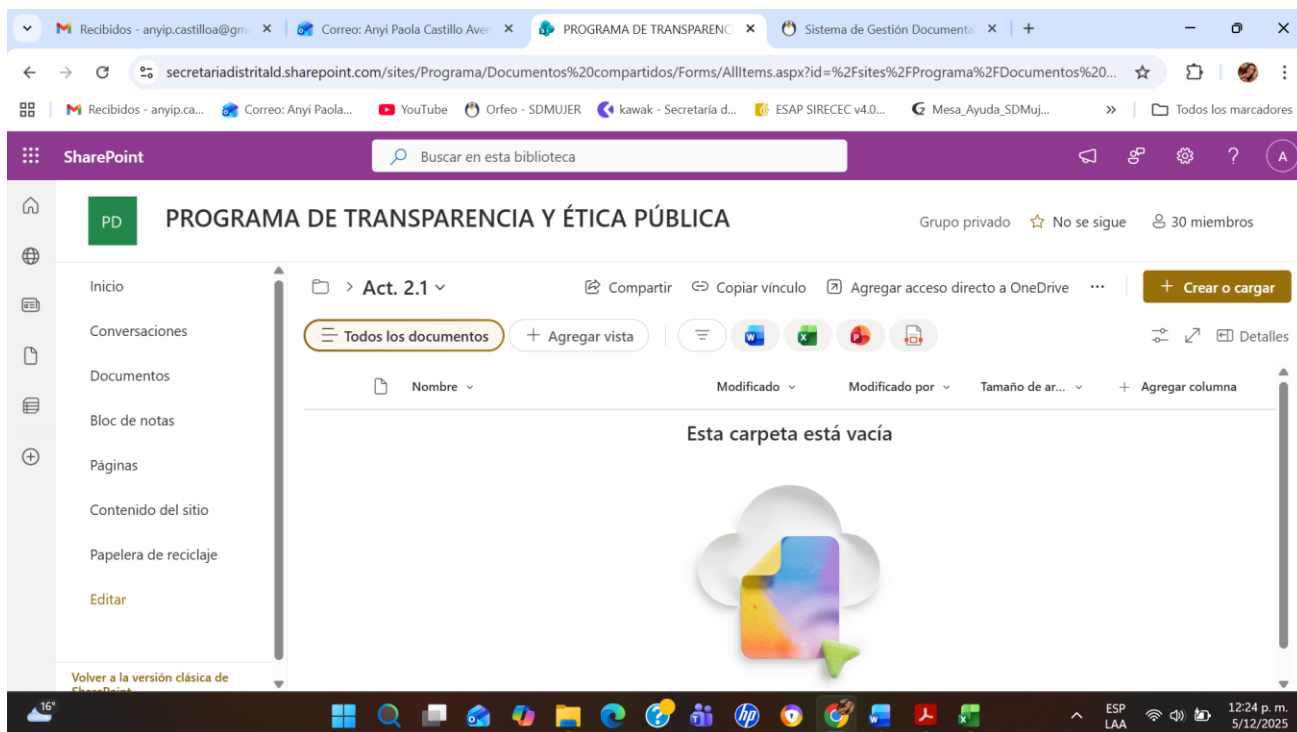
Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se reconoce que mediante correo electrónico del día 02/09/2025 se informó a la Oficina Asesora de Planeación por parte de la Dirección del Sistema Distrital del Cuidado, la inclusión de la información

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

de la ejecución de la actividad 2.1 en la matriz Excel del Programa de Transparencia y Ética Pública como se observa en los anexos adjuntos, sin embargo, dicho reporte no exime del cargue de soportes y/o evidencias en el SharePoint indicado por la Oficina Asesora de Planeación con el fin de constatar la ejecución de las acciones propuestas.

En ese orden de ideas, se procedió a validar nuevamente en la carpeta correspondiente a la actividad 2.1 del componente 6 del PTEP, observando que, a la fecha del 05 de diciembre del 2025, la misma se encuentra vacía. Por lo cual, la falta de soportes y/o evidencias es total, lo que impide constatar la ejecución de la acción propuesta en el PTEP conforme a la programación y al medio de verificación establecido, manteniéndose el incumplimiento informado en el informe preliminar.



Imagen 1. SharePoint PTEP, Reporte 2025, II Cuatrimestre, Componente 6, actividad 2.1.



Fuente: SharePoint PTEP, Reportes 2025 (Consulta realizada el 05/12/2025).

3.6. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

De acuerdo con la Política de Administración del Riesgo (v.9 del 30 de septiembre de 2025) y en cumplimiento del esquema de Seguimiento y Evaluación Independiente correspondiente a la Tercera Línea de Defensa, la Oficina de Control Interno realiza la verificación independiente de la gestión del riesgo institucional. Esta evaluación comprende la revisión del diseño, la implementación y la

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

ejecución de los controles establecidos por los procesos, así como el análisis de su efectividad para mitigar los riesgos identificados por la Entidad.

La verificación se realizó con base en una muestra representativa, calculada según la metodología establecida en la *Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas*. Utilizando como fuente principal la información obtenida del aplicativo Lucha.

A continuación, se presentan los resultados del cálculo muestral para cada categoría evaluada:

Imagen 2. *Cálculo de la muestra de los Controles asociados a riesgos de corrupción.*

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	35
Error Muestral (E)	5%
Proporción de Éxito (P)	5%
Nivel de Confianza	95%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,960

TAMAÑO DE LA MUESTRA
 Fórmula **73**
 Muestra Óptima **24**

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza
 E= Error de muestreo (precisión)
 N= Tamaño de la Población
 P= Proporción estimada
 Q= 1-P

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros remitidos por la Oficina Asesora de Planeación.

Para los controles asociados a riesgos de corrupción, la población fue de 35 registros y se determinó una muestra óptima de 24 controles.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Imagen 3. Cálculo de la muestra, Controles asociados a riesgos de gestión.

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	51
Error Muestral (E)	5%
Proporción de Éxito (P)	5%
Nivel de Confianza	95%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,960

TAMAÑO DE LA MUESTRA
 Fórmula **73**
 Muestra Óptima **30**

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza
 E= Error de muestreo (precisión)
 N= Tamaño de la Población
 P= Proporción estimada
 Q= 1-P

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros remitidos por la Oficina Asesora de Planeación.

En los controles relacionados con riesgos de gestión, la población correspondió a 51 registros y se determinó una muestra óptima de 30 controles.

La verificación se realizó tomando como fuente principal la información registrada en el aplicativo LUCHA en el módulo riesgos y los reportes enviados por la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando No. 3-2025-004755 del 04/11/2025.

En total, se verificaron 54 controles, correspondientes a las dos categorías analizadas: 24 asociados a riesgos de corrupción y 30 asociados a riesgos de gestión, a partir de los cuales se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación:



3.6.1. Cumplimiento (C): Publicación del mapa de riesgos en el aplicativo Lucha.

El Mapa de Riesgos de la Entidad se encuentra publicado en el Sistema Integrado de Gestión LUCHA, junto con los controles definidos y las evidencias de su ejecución. Esta información permite a las partes interesadas consultar los riesgos identificados y las medidas adoptadas para mitigarlos.

Asimismo, su disponibilidad en el aplicativo facilita el monitoreo permanente, la actualización oportuna y la rendición de cuentas, aspectos que son esenciales para prevenir irregularidades y promover ejercicios de transparencia en la SdMujer.

3.6.2. Cumplimiento (C): Coherencia entre la acción del control y el riesgo identificado.

De acuerdo con los lineamientos establecidos en la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles*, cada control debe describir una acción que guarde relación directa con el riesgo

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

al cual está asociado, de manera que su ejecución contribuya efectivamente a mitigarlo. En la revisión realizada se identificó que los 54 controles cumplen con este criterio, evidenciando una correspondencia clara entre la actividad definida y la naturaleza del riesgo registrado.

3.6.3. Cumplimiento (c): Controles que fueron efectivos.

En la revisión realizada por la Oficina de Control Interno sobre los 54 controles evaluados, se identificó que 26 de ellos fueron ejecutados de manera efectiva, demostrando cumplimiento tanto en eficacia (logro del objetivo del control) como en efectividad (impacto en la mitigación del riesgo). De acuerdo con los registros del aplicativo LUCHA, estos controles se clasifican así: 15 controles asociados a riesgos de gestión: 5603, 5626, 5628, 5632, 5638, 5646, 5647, 5664, 5686, 5712, 6231, 5760, 5766, 5844, 5839 y 11 controles asociados a riesgos de corrupción: 5084, 5111, 5114, 5208, 6226, 6232, 5235, 5241, 5242, 5010, 5011.

3.6.4. Cumplimiento (C): Controles redactados de acuerdo con la estructura sugerida por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles.

De acuerdo con el punto 3.8 de la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles*, la descripción de los controles debe incorporar tres elementos esenciales: *responsable*, *acción* y *complemento*. Durante la verificación, se identificó que 14 controles cumplen con esta estructura.

Imagen 4. Estructura para la redacción de controles.



Fuente: Tomado de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. Punto 3.8.

En los 14 controles, se evidenció una redacción clara y completa, que define de manera explícita el responsable de ejecutar el control, qué acción realiza y el complemento, lo que facilita su seguimiento y evaluación. Ver tabla 7.





	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Tabla 7. Controles diseñados de acuerdo con lineamientos.

Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5646	La jefa de la oficina de Control Disciplinario Interno verifica trimestralmente que la información registrada en el Sistema de Información Distrital SID, se encuentre al día. Procedimiento GDIS-PR-2 - DISCIPLINARIO ORDINARIO.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5647	La jefa/e de la Oficina de Control Disciplinario Interno realiza trimestralmente el seguimiento a los procesos disciplinarios, con el fin de verificar el cumplimiento de los términos procesales. Procedimiento GDISPR-2 - DISCIPLINARIO ORDINARIO.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5706	El jefe de la Dirección de Contratación cuatrimestralmente enviará a las/los supervisoras/es de los contratos memorandos recordatorios con información relacionada de los contratos y convenios que se encuentren próximos a perder competencia GC-PR-13 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
6283	El profesional designado realizara una capacitación anual a los enlaces y supervisores de la Entidad correspondiente a los tramites poscontractuales de los contratos suscritos a través de los diferentes canales dispuestos por la Entidad.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5712	La (El) profesional asignada (o) de la OAP verifica la formulación del plan de acción enviado por la dependencia responsable acorde a lo establecido en la guía metodológica para la planeación institucional. DE-PR-21.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
6231	La (el) profesional asignada (o) de la OAP verifica el contenido del seguimiento enviado por la dependencia responsable acorde a lo establecido en la guía metodológica para la planeación institucional, así como la información de la muestra aleatoria tomada sobre las evidencias de ejecución. La revisión deberá comunicarse a la dependencia responsable del plan de acción a través de correo electrónico. DE-PR-22	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
6245	La (El) profesional asignada (o) de la OAP verifica el contenido de la solicitud de actualización del Plan de acción enviado por la dependencia responsable acorde a lo establecido en la Guía Metodológica para la Planeación Institucional. DE-PR-21	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5747	Revisión de los proyectos de actos administrativos por la jefa de la Oficina Asesora Jurídica y solicitud de correcciones, si hay lugar a ellas	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5169	El profesional y/o contratista designado de Almacén e inventarios conforme al cronograma establecido deberá verificar que los inventarios de las dependencias y sedes se mantenga actualizados - GA-PR-26 - Gestión de Inventarios	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5170	El profesional y/o contratista designado de Almacén e inventarios verificará de acuerdo con las novedades administrativas, la entrega de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio. GA-IN-11 - Controlar el traslado, préstamo o reintegro a almacén de bienes devolutivos o consumo controlado	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
6281	El profesional y/o contratista encargado del manejo de las pólizas solicitará trimestralmente al profesional y/o contratista de almacén e inventarios la actualización de los inventarios incluyendo altas y bajas con el fin de gestionar y tramitar la actualización de la póliza de ser necesario. GA-PR-17 Gestión para afectar la póliza de seguros	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
6282	El profesional y/o contratista encargado del manejo de las pólizas tramitará cada vez que se requiera con el corredor de seguros la indemnización del bien por el siniestro. GA-PR-17 Gestión para afectar la póliza de seguros	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5010	La jefa de la Oficina de Control Disciplinario Interno verifica cada vez que se va a expedir un auto que los proyectos de auto realizados por la/el abogada/do asignada/o esté de acuerdo con las pruebas legalmente aportadas al proceso Disciplinario. Procedimiento: GDIS-PR-2 - DISCIPLINARIO ORDINARIO.	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.
5011	La jefa de la Oficina de Control Disciplinario Interno realiza el seguimiento semestral a los procesos disciplinarios mediante la elaboración del informe de estado de los procesos disciplinarios. Procedimiento GDIS-PR-2 - DISCIPLINARIO ORDINARIO	Cumple	Estructura completa, incluye responsable, acción y complemento completo según guía.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros cargados en el aplicativo LUCHA.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.6.5. Oportunidad de Mejora (OM-08-Varios-2025): Alinear la redacción de controles con la estructura establecida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles



Condición: La revisión metodológica adelantada identificó que un total de cuarenta (40) controles registrados en el Mapa de Riesgos de la Entidad no cumplen con la estructura de diseño recomendada en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles. Dicha guía exige que la descripción de cada control incorpore de manera clara y explícita los tres (3) elementos fundamentales: Responsable, Acción y Complemento.

La principal debilidad observada en la muestra analizada es la omisión crítica del elemento "responsable" en la descripción de treinta y cinco (35) controles. Esta ausencia impide la correcta asignación de rendición de cuentas y la trazabilidad de la ejecución.



A continuación, se presentan las debilidades estructurales identificadas:

Tabla 8. Controles con debilidades en su descripción de acuerdo con lineamientos.



Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5603	Verificar a través de la matriz de Excel el cumplimiento de los compromisos suscritos en los pactos de corresponsabilidad de acuerdo a la periodicidad programada	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5616	Verificar a través de la matriz de Excel el cumplimiento de los compromisos derivados del Consejo Consultivo de Mujeres de Bogotá Mesa Coordinadora y del Espacio Ampliado con la SDMujer y las Entidades del Distrito Capital. Procedimiento; PPRM-PR-5 - Acompañamiento TECNICO AL CONSEJO CONSULTIVO DE MUJERES	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5626	Revisar la documentación allegada para el pago de las obligaciones o compromisos, de acuerdo con el contrato y los requisitos de ley Procedimiento: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5628	Generar reportes de pago mensual, identificando la existencia de pagos rechazado para validar y generar el nuevo cargue. Procedimiento: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5632	Efectuar la revisión de la liquidación de los pagos. Procedimiento:GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5637	Realizar la conciliación de los informes tributarios entre los diferentes procesos que generara la información	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5638	Realizar la generación del reporte de pago mensual para efectuar el cruce de información con otros informes propios de la entidad. Procedimiento: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6227	Validar un día (1) antes de los tiempos establecidos por la Secretaría Distrital de Hacienda que los cargues y/o envío de los formatos de información tributaria se realicen de manera oportuna	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5664	Informar a la dependencia y/o proceso responsable de responder la solicitud, mediante el envío de un correo electrónico semanal, la fecha de vencimiento de las peticiones ciudadanas. Nota: Cuando las dependencias no respondan oportunamente los requerimientos se debe informar esta situación al responsable de la Oficina de Control Interno Disciplinario.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5686	Posibilidad de una inadecuada asesoría en materia de comunicaciones a los procesos institucionales y en la administración de los canales de comunicación institucionales de la SDMujer Procedimiento: CE-PR-6 - Diseño DE PIEZAS GRÁFICAS Y MATERIAL COMUNICATIVO	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5694	Diligenciar y radicar oportunamente los formatos correspondientes en las empresas o entidades del Sistema General de Seguridad Social.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5698	Realizar el registro de los documentos de las historias laborales de las servidoras y los servidores en el formato GTH-FO-01	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5714	Realizar monitoreo al cumplimiento de las políticas institucionales que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5717	Verificar que el análisis de causas de los planes de mejora sea consistente, que las actividades programadas sean claras, concisas, viables y apunten a solucionar la causa raíz, que su ejecución y control cumpla con los tiempos establecidos.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6284	Realizar monitoreo de controles a los riesgos, remitiendo instrumento consolidado de la información reportada por los procesos.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5734	Hacer seguimiento semanal a las peticiones y solicitudes asignadas a cada profesional, verificando la fecha de entrada, el trámite y la fecha de	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Versión: 06	
			Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
	vencimiento ELABORACION DE CONCEPTOS JURIDICOS		
5739	Realizar mensualmente la clasificación temática de las respuestas consolidadas por la OAJ, asignando etiquetas a través de la herramienta de gestión documental de la entidad.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5748	Seguimiento a la actualización del normograma de la entidad, en lo atinente a los procedimientos de la Oficina Asesora Jurídica	No cumple	Estructura incompleta, no cuenta con responsable y verbo en infinitivo para determinar la acción del control. Cuenta con el complemento.
5760	Revisar el informe de Asistencia Técnica del Sector de la vigencia anterior. Procedimiento: TEGDM-PR-2 - ASISTENCIA TÉCNICA A LOS SECTORES DE LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5766	Realizar el seguimiento, revisión y retroalimentación de los reportes de la PPMYEG, la PPASP y sus instrumentos. Procedimiento: GPP-PR-2 - SEGUIMIENTO DE POLITICAS PUBLICAS	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5844	Revisión aleatoria sobre el direccionamiento de la primera atención realizada en la CIOM, con el fin de identificar desviaciones frente a la incorrecta orientación. Procedimiento: Se ajusta los responsables de ejecución por migración de BD. Procedimiento: TPP-PR-10 - PRIMERA ATENCIÓN	No cumple	Estructura incompleta, no cuenta con responsable y verbo en infinitivo para determinar la acción del control. Cuenta con el complemento.
5839	Realizar seguimiento a las atenciones clasificadas en SIMISIONAL como riesgo de feminicidio de las mujeres. Procedimiento: TPP-PR-10 - PRIMERA ATENCIÓN	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5041	Realizar la publicación de los estudios previos y demás documentos que hagan parte del proceso.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5054	Verificar cumplimiento de requisitos mínimos	No cumple	Estructura incompleta, no cuenta con responsable y complemento suficiente. Cuenta con el verbo en infinitivo para determinar la acción.
5084	Controlar la consulta de la documentación que reposa en el archivo central, de acuerdo con las tablas de control de acceso	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5111	Revisión y registro SIPROJ	No cumple	Estructura incompleta, no cumple con ninguna de las 3 condiciones: no tiene responsable, no tiene acción clara y el complemento es insuficiente.
5114	Revisar la versión de concepto jurídico corregido y enviar para firma	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5208	Hacer la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6226	Verificar la aceptación de los compromisos de gratuidad en las concertaciones realizadas para el desarrollo de las actividades a través de terceros en las CIOM.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5215	Verificar la versión final de la formulación del plan de acción	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6232	Verificar la versión final seguimiento al plan de acción	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6244	Verificar la versión final de la actualización de plan de acción	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5235	Revisar la información recibida y verificar los criterios de acogida para asignación del cupo en las casas Refugio, así como la disponibilidad de cupos de acuerdo a la dinámica de ocupación de las Casas en operación	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5239	Revisar la documentación allegada a la Dirección de Gestión Administrativa y Financiera para el pago de las obligaciones o compromisos, y dejar la trazabilidad de las devoluciones.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
5241	Segregación de funciones para separar las responsabilidades de las personas que intervienen en el proceso de pagos	No cumple	No es una descripción de control; es un principio, sin acción, sin responsable y sin complemento.
5242	Realizar la Conciliación entre cuentas	No cumple	Estructura incompleta, no cuenta con responsable y complemento suficiente. Cuenta con el verbo en infinitivo para determinar la acción.
5291	Verificar que en la publicación y divulgación de información sobre la oferta institucional de servicios, se indique sobre la gratuidad de los mismos (carteleras institucionales, piezas comunicativas remitidas a la ciudadanía a través de los distintos medios tecnológicos).	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Hallazgo	Observación sobre el diseño del Control = Responsable + Acción + Complemento
5295	Consulta y validación de los documentos de la evaluación en las plataformas dispuestas por el distrito y nación	No cumple	Estructura incompleta, no cuenta con responsable y verbo en infinitivo para determinar la acción del control. El complemento es insuficiente.
6290	Verificar la existencia de conflictos de interés al interior de la Entidad	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.
6304	Revisar la solicitud de administración de contenidos remitida por el proceso y/o dependencia. La misma debe contener información clara, completa y precisa de lo que se requiera publicar, actualizar, modificar o eliminar.	No cumple	Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros cargados en el aplicativo LUCHA.

En consecuencia, la descripción presentada resulta incompleta y ambigua, impidiendo comprender con claridad quién ejecuta el control, qué actividad desarrolla y sobre qué elemento recae la acción. En consecuencia, será necesario alinear la descripción de los controles a la estructura técnica definida en la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles*.



Criterio: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, versión 7 (2025), Punto 3.8. Este lineamiento metodológico establece que la descripción de un control debe incorporar la siguiente estructura lógica y completa: Responsable + Acción (Verbo conjugado) + Complemento, con el fin de garantizar la claridad, precisión y obligatoriedad de la actividad de control.

Causa: Debilidad en la adhesión Metodológica y la validación en el Proceso de Gestión del Riesgo:

- Falta de capacitación efectiva o apropiación por parte de los líderes de proceso en los lineamientos metodológicos actualizados (Punto 3.8 de la Guía) durante la formulación inicial de los controles.
- Deficiencia en el control de calidad o revisión previa por parte de los responsables metodológicos del riesgo (OAP) antes de la aprobación y cargue en el aplicativo LUCHA, lo que permitió el registro y formalización de controles con falencias estructurales.

Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La ausencia de una estructura completa en la descripción de 40 controles tiene un impacto directo en la eficacia operacional del SCI, generando las siguientes consecuencias:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- *Dificultad en la ejecución y seguimiento:* Se imposibilita la asignación clara de la responsabilidad y la rendición de cuentas afectando la ejecución sistemática del control y facilitando la omisión de actividades.
- *Limitación en la evaluación de auditoría:* Dificulta o impide la evaluación y verificación objetiva de la aplicación de los controles por parte de la OCI (Tercera Línea de Defensa), comprometiendo la confianza en la matriz de riesgos.
- *Incremento del riesgo residual:* La ambigüedad en la descripción incrementa la probabilidad de que los riesgos no sean mitigados eficazmente, al no existir certeza sobre la periodicidad, el responsable o el alcance de la acción preventiva/detectiva.

3.6.5.1. **Respuesta del auditado: Dirección de Derechos y Diseño de Políticas**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004999 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Derechos y Diseño de Políticas, se enuncia lo siguiente como réplica:



“Control 5766 “Realizar el seguimiento, revisión y retroalimentación de los reportes de la PPMYEG, la PPASP y sus instrumentos. Procedimiento: GPP-PR-2 – SEGUIMIENTO DE POLITICAS PUBLICAS/ Observación control: Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable”

Respuesta: Teniendo en cuenta la actualización del mapa de procesos y procedimientos de la entidad, el viernes 28 de noviembre, se publicó la actualización del Procedimiento GPPPR-2 - SEGUIMIENTO DE POLITICAS PUBLICAS, donde se evidencia el rol responsable de realizar el seguimiento en el apartado Descripción de Actividades, numeral 4.

De igual manera en lo relacionado con el control 5760 “Revisar el informe de Asistencia Técnica del Sector de la vigencia anterior. Procedimiento: TEGDM-PR-2 – ASISTENCIA TÉCNICA A LOS SECTORES DE LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO/ Observación control: Tiene acción y complemento, pero no identifica responsable”

Respuesta: Teniendo en cuenta la actualización del mapa de procesos y procedimientos de la entidad, el viernes 28 de noviembre, se publicó la actualización del procedimiento: TEGDM-PR-2 – ASISTENCIA TÉCNICA A LOS SECTORES DE LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO, donde se evidencia que quedó consignado en el numeral 6 el responsable de realizar el seguimiento.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, una vez revisada la información remitida por la Dirección de Derechos y Diseño de Políticas mediante el Memorando No. 3-2025-004999 del 03/12/2025, se realizaron las siguientes observaciones frente a los controles 5766 y 5760:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En relación con el control 5766, la actualización del Procedimiento GPP-PR-2 – Seguimiento de Políticas Públicas (publicado el 28 de noviembre de 2025) incorpora en su numeral 4 la asignación del responsable para la ejecución de la actividad. No obstante, la oportunidad de mejora formulada por la OCI no se refiere a la ausencia de responsables dentro del procedimiento, sino a la ausencia del elemento “responsable” en la descripción del control registrada en el aplicativo LUCHA.



En consecuencia, aunque el procedimiento actualizado identifique el rol responsable, este ajuste no subsana la debilidad del diseño del control, toda vez que la descripción consignada en LUCHA continúa sin cumplir con la estructura definida por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles (responsable + Acción + Complemento).

Respecto al control 5760, tras la verificación realizada, se confirma que la debilidad persiste. La oportunidad de mejora está orientada específicamente a la falta de inclusión del “responsable” dentro de la descripción del control, elemento que no se encuentra incorporado en el registro actual de LUCHA. La actualización del procedimiento TEGDM-PR-2 – Asistencia Técnica a los Sectores de la Administración Distrital para la Transversalización del Enfoque de Género, publicada el 28 de noviembre, identifica responsables en el desarrollo del procedimiento; sin embargo, esto no supe la exigencia metodológica que requiere que el responsable esté explícito en la descripción del control. Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene.**

3.6.5.2. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención a la observación realizada, respecto a la necesidad de alinear la redacción de los controles a la estructura definida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles del Distrito, se informa que los procesos se encuentran actualmente realizando el ajuste técnico de sus controles, con el fin de garantizar que cumplan los criterios de claridad, verificabilidad, enfoque preventivo y relación directa con los riesgos identificados. Estos ajustes comprenden la revisión de la suficiencia y pertinencia de cada control, la precisión de su propósito, la definición adecuada del responsable y la mejora en la trazabilidad del mecanismo de verificación. Así mismo, se está avanzando en la armonización de la arquitectura de los controles con los riesgos institucionales, asegurando coherencia entre causas, controles existentes y acciones de tratamiento. De acuerdo con lo anterior, se proyecta que las modificaciones derivadas de este proceso serán consolidadas y reflejadas en las actas de seguimiento a riesgos al finalizar la vigencia, garantizando su alineación con los lineamientos distritales y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.”

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, una vez revisada la información remitida por la OAP, se reconoce la disposición manifestada para avanzar en el ajuste metodológico de los controles institucionales, conforme a lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles del Distrito.

Si bien la OAP informa que los procesos se encuentran actualmente realizando la revisión y ajuste técnico de sus controles incluyendo la definición del responsable, la precisión del propósito y la armonización con los riesgos institucionales, estas acciones corresponden a actividades proyectadas y aún no materializadas en el aplicativo LUCHA, que constituye el repositorio oficial para la administración del riesgo en la Entidad. De esta manera, si bien la intención de mejora es positiva, **la oportunidad de mejora se mantiene**, en tanto que los ajustes anunciados no se han implementado de manera verificable y oportuna en el marco del proceso auditor.

3.6.5.3. Respuesta del auditado: Oficina Jurídica

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-005004 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:



“En atención al requerimiento del asunto, me permito informar que las acciones a cargo del proceso de Gestión Jurídica, relacionadas con las oportunidades de mejora con códigos OM-08-Varios-2025 y OM-10-Varios-2025, presentan un porcentaje de ejecución del 100%. (Anexo 1 y Anexo 2).

Las actividades ejecutadas para dar cumplimiento a las oportunidades de mejora se realizaron conforme a los lineamientos y al acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para incorporar los controles de riesgos en los procedimientos GJ-PR-2 y GJ-PR-4.

Teniendo en cuenta el Plan de Transición Documental 2025, los procedimientos fueron revisados nuevamente en su estructura, así como en la validez y aplicabilidad de los riesgos y controles actuales, en coherencia con las modificaciones realizadas para garantizar la mejora continua en el proceso de Gestión Jurídica.”

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, una vez revisada la información remitida por la Oficina Jurídica, en relación con el avance reportado frente a las oportunidades de mejora OM-08-Varios-2025 y OM-10-Varios-2025. Al respecto, se precisan las siguientes observaciones:

Si bien la Oficina Jurídica informa haber alcanzado un 100% de ejecución de las actividades asociadas a las oportunidades de mejora, mediante la incorporación de ajustes en los procedimientos GJ-PR-2 y GJ-PR-4 y la revisión realizada en el marco del Plan de Transición Documental 2025, es necesario aclarar que:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

La ejecución reportada corresponde a acciones internas del proceso, relacionadas con la revisión de procedimientos y la articulación con la Oficina Asesora de Planeación; no obstante, el ajuste de los controles observados no se refleja aún en el aplicativo LUCHA, que es el aplicativo oficial de registro, trazabilidad y validación de la gestión del riesgo dentro del Sistema de Control Interno. En consecuencia, las debilidades identificadas por la auditoría persisten, dado que la oportunidad de mejora se orienta específicamente a la necesidad de que la descripción de los controles cumpla con la estructura metodológica definida por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles (responsable + acción + complemento).

La revisión procedimental, aunque pertinente para el fortalecimiento documental del proceso, no constituye evidencia suficiente para considerar subsanada la observación mientras los controles ajustados no estén registrados, actualizados y verificables en LUCHA. Por tanto, la **oportunidad de mejora se mantiene**.



3.6.5.4. Respuesta del auditado: Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004959 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad, se enuncia lo siguiente como réplica:

“Finalmente, sobre la oportunidad de mejora 3.6.5. Oportunidad de Mejora (OM-08-Varios-2025): Alinear la redacción de los controles con la estructura establecida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, procederemos a realizar el ajuste correspondiente en el riesgo.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con la verificación efectuada a la respuesta enviada por la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad en la cual se manifiesta la intención de realizar los ajustes correspondientes a los controles observados, la Oficina de Control Interno efectuó la verificación directa en el aplicativo LUCHA sobre los controles asociados a los riesgos de este proceso. En particular, se revisaron el control ID 5603 vinculado al riesgo 2117 y el control ID 5616 vinculado al riesgo 2121.

Como resultado de esta verificación, se evidencia que las debilidades señaladas en la oportunidad de mejora se mantienen. Ambos controles continúan presentando una descripción incompleta que no incorpora el elemento “responsable”, requisito necesario para cumplir con la estructura definida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles (responsable + Acción + Complemento). Si bien la Subsecretaría expresa su compromiso de realizar los ajustes necesarios, estos aún no se han materializado en el aplicativo LUCHA, por esta razón, la **oportunidad de mejora se mantiene**.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.6.5.5. **Respuesta del auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004993 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, se enuncia lo siguiente como réplica:

“Los controles a riesgos de gestión y corrupción, para el caso el ID Control 5291, se construyeron en su momento acorde a los lineamientos documentales internos de la SdMujer y los brindados por la Oficina Asesora de Planeación, quienes acorde a la “Política de Administración del Riesgo” comparten la responsabilidad del riesgo con los líderes y lideresas de proceso.

De esta manera, se solicita el retiro de la oportunidad de mejora del asunto, teniendo en cuenta que el control fue creado conforme a los lineamientos impartidos en su momento por la OAP al equipo de la SFCyO, el cual formuló el control asociado al riesgo de corrupción ID 1991: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de terceros, por los servicios de atención (orientación, asesoría o representación) que se brindan en las Casas de Justicia y en escenarios de Fiscalía (CAIVAS, CAPIV, URI), donde se desarrolla la Estrategia de Justicia de Género”



Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, una vez revisada la información remitida por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, se precisa que si bien la Subsecretaría manifiesta que el control ID 5291 fue construido conforme a los lineamientos documentales vigentes en su momento y con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, es necesario aclarar que:

La oportunidad de mejora formulada no se origina en el contexto de creación del control, sino en las debilidades presentes hoy en su descripción, específicamente la ausencia del elemento “responsable”, indispensable para cumplir con la estructura metodológica responsable + Acción + Complemento.

Adicionalmente, la existencia de lineamientos anteriores o la corresponsabilidad metodológica con la OAP no exime la obligación de actualizar los controles para garantizar su coherencia con la normatividad vigente. Por lo anterior, la **oportunidad de mejora se mantiene**.

3.6.6. **Cumplimiento (C): Controles con asignación de responsable para la ejecución y para el seguimiento.**

Durante la verificación realizada, se evidenció que los 54 controles evaluados cuentan con responsables diferentes para su ejecución y para su seguimiento, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

La asignación de un responsable para ejecutar el control y otro para el seguimiento fortalece la independencia en el proceso de supervisión, reduce el riesgo de autoevaluación y contribuye a garantizar la objetividad en la revisión del cumplimiento del control. Esta separación de roles facilita, la claridad en las responsabilidades y promueve la transparencia de las acciones realizadas por el proceso.

3.6.7. Cumplimiento (C): Controles con periodicidad oportuna.

Se evidenció que los 54 controles evaluados cuentan con una periodicidad asignada de manera oportuna y coherente con la naturaleza de cada control, así como con lo establecido en su descripción. La periodicidad registrada en el aplicativo LUCHA corresponde a la frecuencia necesaria para asegurar la adecuada ejecución, monitoreo y trazabilidad del control, cumpliendo con lo esperado según el nivel de riesgo y las actividades asociadas.



Asimismo, se verificó que los procesos han definido la periodicidad de manera coherente con la relevancia del control, evitando lapsos prolongados que puedan afectar su efectividad. En conjunto, la periodicidad observada en los 54 controles demuestra un cumplimiento adecuado de los lineamientos metodológicos definidos por los lineamientos del DAFP e internos.

3.6.8. Cumplimiento (C): Controles con evidencia de ejecución cargada en el aplicativo Lucha.

De los 54 controles evaluados, se verificó que 49 cuentan con evidencia de ejecución cargada en el aplicativo LUCHA, cumpliendo con los lineamientos institucionales sobre registro y soporte documental de las actividades de control. La disponibilidad de estas evidencias permite determinar que los controles fueron ejecutados y que existe documentación para demostrar su realización.

3.6.9. Cumplimiento (C): Controles con evidencia de ejecución cargada en la periodicidad establecida.

Se verificó que 49 controles registraron sus evidencias de ejecución en el aplicativo LUCHA dentro de la periodicidad definida para cada uno de ellos. El cargue oportuno de estos soportes demuestra el cumplimiento de las actividades de control y facilita la trazabilidad del seguimiento institucional, permitiendo confirmar que las acciones previstas fueron realizadas conforme a los tiempos establecidos por los procesos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Criterio: Política de Administración del Riesgo, MI-PLT-2 (30/09/2025). El lineamiento establece la obligatoriedad de la gestión de riesgos y controles, exigiendo que:

- La Entidad debe garantizar el seguimiento periódico de los riesgos.
- El responsable del proceso (Primera Línea de Defensa) debe verificar las acciones preventivas y registrar el avance junto con las evidencias correspondientes en el sistema de información (LUCHA) dentro de los plazos establecidos.

Causa: La ausencia de evidencia se origina en una o ambas de las siguientes situaciones:

- El proceso responsable (GC) incurrió en la falta de carga oportuna de la documentación o en la omisión de la generación de la evidencia misma.
- No existen mecanismos internos de control y supervisión (a nivel de Proceso) que aseguren que los controles implementados sean ejecutados y que cuenten con el soporte documental actualizado y cargado en el aplicativo LUCHA para su respectivo seguimiento.

Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.



Efecto: La falta de evidencia y registro formal del control genera un Incumplimiento Formal y las siguientes consecuencias:

- La OCI pierde la capacidad de evaluar la efectividad y la operación del Control ID 6283, lo cual genera un vacío de información en el seguimiento institucional del riesgo asociado.
- Dado que no hay certeza de que el control haya sido aplicado, existe una alta posibilidad de materialización del riesgo asociado, pues no se puede asegurar que las acciones preventivas o detectivas hayan mitigado la amenaza.
- Se compromete la confiabilidad del mapa de riesgos y controles de la Entidad.

3.6.11. Oportunidad de Mejora (OM-09-Varios-2025): Cargar la evidencia de ejecución del control conforme a la periodicidad establecida.

Condición: Durante la verificación de la evidencia de ejecución de los controles, se identificaron diferencias entre la periodicidad registrada y las fechas de cargue en el aplicativo LUCHA, lo que impide confirmar el cumplimiento completo de la frecuencia establecida. Las situaciones observadas fueron las siguientes:

- ID 5616: El control cuenta con periodicidad mensual y presenta evidencias para la mayoría

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

de los meses del año; sin embargo, no se registran evidencias correspondientes a febrero ni agosto, lo que dificulta verificar su ejecución continua conforme a periodicidad establecida. Fechas de cargue de ejecución del control: 2/01/2025, 18/03/2025, 15/04/2025, 13/05/2025, 06/06/2025, 15/07/2025, 01/09/2025, 09/10/2025, 19/11/2025.

- ID 5637: Aunque la periodicidad establecida es semestral, se evidenció el cargue de cuatro registros (31/01/2025, 27/03/2025, 31/07/2025, 31/10/2025). El número de cargues excede la frecuencia definida, lo que refleja una discordancia entre la periodicidad registrada y la ejecución reportada.
- ID 6227: De manera similar al caso anterior, el control está definido con periodicidad semestral, pero presenta cuatro evidencias cargadas (31/01/2025, 27/03/2025, 31/07/2025, 31/10/2025), situación que no corresponde con la frecuencia formalmente establecida.

Las inconsistencias identificadas reflejan fallas en la alineación entre la periodicidad registrada en el sistema y la forma como se reporta la ejecución del control.

Criterios:



- Política de Administración del Riesgo (MI-PLT-2 del 30/09/2025), que obliga al responsable del proceso a verificar las acciones preventivas y registrar el avance junto con las evidencias correspondientes según la periodicidad definida.
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles (Versión 7 de 2025, Punto 3.8), que establece que la frecuencia de ejecución debe ser adecuada para detectar o prevenir el riesgo en función de su nivel de exposición.

Causa: La causa fundamental es una desconexión entre el diseño formal del control (la periodicidad registrada en LUCHA) y la práctica real de gestión y reporte. Esta falla puede estar asociada a:

- Falta de revisión previa y ajuste de la periodicidad por parte de los enlaces de riesgo, manteniéndose una frecuencia desactualizada en el sistema.
- Omisión de la carga de la evidencia en los periodos faltantes (febrero y agosto) a pesar de la posible ejecución material.

Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: Las inconsistencias generan una limitación severa en la verificación independiente (Tercera Línea de Defensa) de la operación efectiva de los controles y afectan la confiabilidad de la información registrada en el aplicativo LUCHA, comprometiendo la exactitud del diagnóstico del SCI.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.6.11.1. Respuesta del auditado: Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004959 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad, se enuncia lo siguiente como réplica:

“Al hacer la revisión del seguimiento realizado por la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad, se confirma que se encuentran cargadas las evidencias correspondientes a los meses de febrero a diciembre, tal como se evidencia en las siguientes imágenes tomadas del aplicativo LUCHA: (Ver imagen en el memorando)

Es importante mencionar que en enero de 2025 no se realizó seguimiento a los compromisos del mes de diciembre de 2024, dado que la mesa coordinadora, por decisión autónoma, no se reúne durante dicho mes. Teniendo en cuenta que se trata de una decisión propia, me permito aclarar que esta determinación corresponde exclusivamente al CCMB en el ejercicio de su autonomía, y no a la Secretaría Distrital de la Mujer, sobre la cual no tenemos injerencia. Expuesto lo anterior, me permito indicar que los registros de seguimiento a los compromisos del CCMB se encuentran completos, incluyendo los correspondientes a los meses de febrero y agosto de 2025.”



Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con el análisis de la respuesta, una vez revisada la información remitida por la Subsecretaría del Cuidado y Políticas de Igualdad se observa que persisten las inconsistencias inicialmente identificadas. En particular, en el aplicativo LUCHA no se evidencia el cargue de la ejecución del control para los meses de febrero y agosto, lo que confirma la discontinuidad frente a la periodicidad mensual establecida para este control.

Adicionalmente, si bien la Subsecretaría aclara que en enero no se realizó seguimiento debido a la autonomía del Consejo Consultivo de Mujeres de Bogotá para no sesionar en diciembre, esta situación no incide sobre el hallazgo, dado que la ausencia de evidencias en febrero y agosto, meses para los cuales sí existía obligación de reportar ejecución conforme a la periodicidad registrada. La argumentación sobre la autonomía del CCMB no modifica la exigencia establecida en la Política de Administración del Riesgo ni sustituye la responsabilidad del proceso de garantizar el cargue oportuno y completo de las evidencias en LUCHA.

En consecuencia, pese a la información presentada por la dependencia, la evidencia disponible en el sistema confirma que no se registraron soportes para los meses faltantes, lo que impide verificar la ejecución continua del control en función de su periodicidad mensual y afecta la trazabilidad del seguimiento. Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene.**

3.6.12. Cumplimiento (C): Controles con fuente documental registrada.

Se verificó que 46 controles cuentan con una fuente documental identificada y definida dentro de los documentos propios del proceso, ya sea a través de manuales, procedimientos o instructivos que

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

describen y respaldan su definición. Esta documentación permite confirmar el origen formal del control, facilita su comprensión y asegura que su diseño se encuentre articulado con las actividades del proceso. La existencia de estos soportes contribuye a la concordancia con los lineamientos establecidos en la Política de Administración del Riesgo y la Guía para el Diseño de Controles.

3.6.13. Oportunidad de Mejora (OM-10-Varios-2025): Controles sin documentación asociada en Lucha.

Condición: La verificación documental identificó que ocho (8) controles clave de riesgo de Gestión y Corrupción no cuentan con una fuente documental formal que respalde su definición y operación (ej. no están referenciados en manuales, procedimientos, flujogramas o instructivos del proceso). La lista de los controles afectados incluye códigos de alto impacto (ej. 5291, 6290, 6304). La ausencia de este soporte formal dificulta la trazabilidad del diseño del control, su obligatoriedad y su correcta alineación con las actividades del proceso misional. Los controles son:



Tabla 9. Controles no documentados.

Riesgo	ID Control
Gestión, Riesgo Fiscal	6227
Gestión	5734
Gestión	5739
Gestión	5747
Gestión	5748
Corrupción	5291
Corrupción	6290
Corrupción	6304

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros cargados en el aplicativo LUCHA.

Criterio: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, Versión 7 de 2025, Punto 3.8. Estructura para la Descripción del Control. *Documentación: se refiere a la fuente documental de los controles, bien sea que su definición esté en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.*

Causa: La causa principal es la omisión o falta de articulación entre los enlaces de riesgo y los responsables de la gestión documental de los procesos para incorporar formalmente la definición de estos controles en los documentos internos del proceso. Esto puede deberse a una insuficiente actualización de la documentación interna o a la falta de un control de aseguramiento de calidad en la formalización de nuevos controles. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Efecto: La ausencia de documentación formal limita la alineación, el conocimiento y la estandarización del control, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas o a la suspensión de su ejecución al no contar con un respaldo interno claro.

3.6.13.1. Respuesta del auditado: Oficina Jurídica

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-005004 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

“En atención al requerimiento del asunto, me permito informar que las acciones a cargo del proceso de Gestión Jurídica, relacionadas con las oportunidades de mejora con códigos OM-08-Varios-2025 y OM-10-Varios-2025, presentan un porcentaje de ejecución del 100%. (Anexo 1 y Anexo 2).



Las actividades ejecutadas para dar cumplimiento a las oportunidades de mejora se realizaron conforme a los lineamientos y al acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para incorporar los controles de riesgos en los procedimientos GJ-PR-2 y GJ-PR-4.

Teniendo en cuenta el Plan de Transición Documental 2025, los procedimientos fueron revisados nuevamente en su estructura, así como en la validez y aplicabilidad de los riesgos y controles actuales, en coherencia con las modificaciones realizadas para garantizar la mejora continua en el proceso de Gestión Jurídica.”

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con la verificación efectuada a los controles, si bien la Oficina Jurídica informa que las acciones asociadas a las oportunidades de mejora OM-08-Varios-2025 y OM-10-Varios-2025 presentan un 100% de ejecución y que se realizaron ajustes en los procedimientos GJ-PR-2 y GJ-PR-4 en el marco del Plan de Transición Documental 2025, las actualizaciones procedimentales no se reflejan aún en los registros oficiales del sistema de administración del riesgo, LUCHA. En particular, se evidencia que los riesgos ID2164, control 5734 ID 2166, control 5739, ID2170, control 5747, no cuentan con el documento asociado en el aplicativo LUCHA, en la descripción de los controles. Aunque el procedimiento fue ajustado en el marco del Plan de Transición Documental, es necesario que la actualización se refleje también en LUCHA, dado que este constituye el repositorio oficial para la validación y trazabilidad de los controles del SCI. En consecuencia, **la oportunidad de mejora se mantiene.**

3.6.13.2. Respuesta del auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004993 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, se enuncia lo siguiente como réplica:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

“El control ID 5291, tiene su fuente documental en el “Manual de servicio a la ciudadanía” RC-MA-01, que en su numeral 6.4 Gratuidad de los Servicios y Estrategias, establece un punto de control: “se realizará la verificación de la inclusión y publicación del mensaje de gratuidad en los diferentes canales de atención de la entidad”.

Así, teniendo en cuenta que el equipo de la SFCyO denominado dinamizadoras posee esta actividad en su bloque funcional, en su momento se determinó actuar desde este punto de control para que en el proceso no se configurara el riesgo.

Por lo anterior se solicita a la OCI retirar la oportunidad de mejora OM-10-varios-2025 para la SFCyO.”

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con la verificación efectuada a los controles, si bien la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades tiene como fundamento el “Manual de Servicio a la Ciudadanía” RC-MA-01 y este punto de control ha sido ejecutado históricamente por el equipo de dinamizadoras, resulta necesario precisar que se verificó que en el aplicativo LUCHA no se encuentra registrado el documento asociado que soporta el control, pese a que la Subsecretaría indica que su base documental se encuentra en el Manual RC-MA-01. La existencia de este punto de control consignado en el manual institucional no reemplaza el registro del control en LUCHA. Por lo anterior, la **oportunidad de mejora se mantiene**.

3.6.14. Cumplimiento (C): Controles con seguimiento cuatrimestral.



Se verificó que 50 controles cuentan con seguimiento cuatrimestral registrado conforme a lo establecido en la Política de Administración del Riesgo y en los lineamientos institucionales para el monitoreo independiente. Los procesos realizaron el reporte correspondiente a los cortes definidos (abril, agosto), permitiendo evidenciar el avance en la gestión del riesgo y la ejecución periódica de los controles.

El cumplimiento de esta periodicidad contribuye a la identificación temprana de desviaciones o necesidades de ajuste en los controles establecidos. En conjunto, estos 50 controles demuestran una adecuada apropiación de las responsabilidades asociadas al monitoreo del riesgo institucional.

3.6.15. Incumplimiento (I-06-Varios-2025): No se efectuó el cargue del acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos.

Condición No. 1: En la verificación realizada a los controles asociados a riesgos de corrupción, se identificaron incumplimientos relacionados con la ausencia de cargue del seguimiento cuatrimestral en el aplicativo LUCHA.

- Control ID 5295: Implementado desde el 1 de septiembre de 2022, no registra el acta de seguimiento correspondiente al periodo cuatrimestral del mes de agosto. Únicamente se encuentra cargada el acta del mes de abril, la cual además fue registrada de manera

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

extemporánea el 25/06/2025, lo que también afecta la oportunidad del reporte.

- Control ID 6290: Aunque fue implementado el 01/01/2025, no presenta el cargue del **seguimiento cuatrimestral correspondiente**. A la fecha de la verificación, no existe evidencia documental que permita confirmar la ejecución del seguimiento requerido.

Condición No. 2: En la verificación realizada a los controles asociados a riesgos de gestión, se identificó que el control ID 6227 únicamente presenta un cargue de acta de seguimiento, registrado el 05/11/2025.

El proceso responsable manifestó que *"se realiza seguimiento cuatrimestral al riesgo en los meses de mayo y agosto de 2025. Los seguimientos al riesgo se observan en los controles con ID 5637 y 5638. No se había reportado antes dado a que el aplicativo no habilitaba el campo de "Seguimiento" al riesgo"* A pesar de la explicación suministrada, la ausencia de los registros en el control ID 6227 afecta la trazabilidad del seguimiento cuatrimestral y genera un vacío documental que impide confirmar la ejecución oportuna del control en los periodos establecidos.

Criterios:



- Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2 del 30/09/2025, *Responsabilidad frente al riesgo: reportar en el sistema de información los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos.*
- Procedimiento Administración Del Riesgo, MI-PR-3 V9, *Realizar el cargue del acta del seguimiento cuatrimestral a riesgos en el sistema de información.*

Causa: La falta de cargue del seguimiento cuatrimestral puede estar asociada a la Inobservancia de los plazos establecidos por parte del proceso responsable y la ausencia de mecanismos internos de verificación que aseguren que los seguimientos sean cargados en tiempo y forma. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La ausencia de evidencia del seguimiento cuatrimestral: Impide verificar la ejecución real del control durante el periodo requerido y debilita la trazabilidad del proceso de administración del riesgo lo cual puede aumentar la probabilidad de materialización del riesgo al no existir seguimiento documentado y oportuno.

3.6.15.1. Respuesta del auditado: Dirección de Talento Humano

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-005002 del 03/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

“Como se evidencia en la imagen que se adjunta, la Dirección de Talento Humano realizó el respectivo cargue del acta en el aplicativo Kawak - Lucha, en el control con ID:5054 del riesgo con ID: 1895, dentro de los tiempos establecidos. Así: (Ver imagen en memorando)

De igual manera, se realizó el cargue de la información en el control con ID:5694 del riesgo con ID: 2151, dentro de los tiempos establecidos tal y como se evidencia en el pantallazo a continuación: (Ver imagen en memorando)

En el mismo sentido, se realizó el cargue de la información en el control con ID:5698 del riesgo con ID: 2153, dentro de los tiempos establecidos tal y como se evidencia en el pantallazo a continuación: (Ver imagen en memorando)

En el mismo sentido, también fue realizado el cargue de la información el control con ID:5889 del riesgo con ID: 2222, dentro de los tiempos establecidos tal y como se evidencia en el pantallazo a continuación: (Ver imagen en memorando)

Por último, con relación al control con ID:5934 del riesgo con ID: 2250, el cargue de la información se realizó en debida forma y dentro de los tiempos establecidos tal y como se evidencia en el pantallazo a continuación (Ver imagen en memorando)



Por otra parte, con relación al Control ID 6290: Aunque fue implementado el 01/01/2025, no presenta el cargue del seguimiento cuatrimestral correspondiente. A la fecha de la verificación, no existe evidencia documental que permita confirmar la ejecución del seguimiento requerido: se tiene que la Dirección de Talento Humano no realiza el seguimiento toda vez que es una labor que se adelanta en varios momentos de la vigencia y por tanto. Su seguimiento y reporte se realiza de manera anualizada, como se muestra en la siguiente imagen: (Ver imagen en memorando)

Lo anterior, también quedó evidenciado en el acta de seguimiento cargada en los controles y riesgos mencionados anteriormente. Por lo tanto, se considera que la DTH no incurrió en los incumplimientos.

Por lo anterior, se solicita levantar los presuntos incumplimientos, toda vez que la totalidad de la gestión a cargo de la Dirección de Talento Humano, como se demostró a lo largo del presente documento, se adelantó dentro de los tiempos estipulados.”

Respuesta de la Oficina de Control Interno: De acuerdo con la verificación efectuada por la OCI, a la respuesta enviada por la Dirección de Talento Humano, se precisa que la auditoría identificó incumplimientos asociados a la ausencia de cargue del acta cuatrimestral de seguimiento en al control asociado a la Dirección identificado con ID 6290, de conformidad con los lineamientos establecidos en la Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2 y el Procedimiento MI-PR-3, los cuales exigen el **registro oportuno** del seguimiento cuatrimestral en el sistema de información.

La evidencia aportada por la Dirección de Talento Humano corresponde al cargue de actas en controles distintos al asociado en el incumplimiento. Por tanto, dicha información no desvirtúa la ausencia del ACTA en el control analizado ni subsana la inconsistencia detectada. El hecho de que existan registros en otros controles no relacionados con la observación no corrige la falta de registro o evidencia en LUCHA respecto a los controles evaluados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

En relación con el control ID 6290, la Dirección de Talento Humano afirma que su seguimiento se realiza de manera anualizada. No obstante, esta práctica no desestima la obligación de **efectuar y reportar seguimiento cuatrimestral**. La ausencia del acta en LUCHA evidencia que el proceso no realizó la carga correspondiente al periodo evaluado, lo que constituye un **incumplimiento de la periodicidad exigida**. En consecuencia, la documentación presentada por la Dirección de Talento Humano no demuestra el cumplimiento de los requerimientos señalados ni subsana la ausencia de evidencia en el control 6290. Por lo tanto, la Oficina de Control Interno **mantiene el incumplimiento**.

3.6.16. Oportunidad de Mejora (OM-11-GC-2025): Cargue Inoportuno de actas de seguimiento a riesgos.

Condición: Durante la verificación del control identificado con ID 5295, se evidenció que el seguimiento correspondiente al acta del 28/04/2025 fue cargado de manera extemporánea en el aplicativo LUCHA el 25/06/2025, es decir, casi dos meses después de la fecha en que se realizó la actividad. Esta situación refleja un desfase entre el momento en que se ejecuta el control y el momento en que se registra la evidencia en el sistema.



El cargue tardío afecta la oportunidad del reporte y limita la posibilidad de realizar un seguimiento continuo, oportuno y acorde con la periodicidad establecida. Asimismo, impide que la información del control esté disponible en tiempo real.

Criterios:

- Política de Administración del Riesgo MI-PLT-2 del 30/09/2025, *Responsabilidad frente al riesgo: reportar en el sistema de información los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos.*
- *Procedimiento Administración Del Riesgo, MI-PR-3 V9, Realizar el cargue del acta del seguimiento cuatrimestral a riesgos en el sistema de información.*

Causa: Falta de seguimiento interno al cumplimiento de los plazos, ausencia de controles internos para verificar el registro oportuno, o a la utilización de mecanismos manuales que retrasan la consolidación y posterior carga de la información. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: El registro extemporáneo limita la trazabilidad del seguimiento, afecta la confiabilidad de la información registrada en LUCHA y reduce la capacidad de la entidad para reaccionar oportunamente frente a posibles desviaciones.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

3.6.16.1. Respuesta del auditado

Para la presente oportunidad de mejora, no se recibió respuesta o pronunciamiento alguno por parte del proceso involucrado, por lo cual, se mantiene tal como fue comunicada en el informe preliminar (Memorando No. 3-2025-004949)

3.6.17. Oportunidad de Mejora (OM-12-Varios-2025): Verificar que la información cargada en LUCHA sea coherente y corresponda a lo requerido.

Condición No. 1: En la verificación realizada sobre los soportes cargados para el control identificado con ID 5295, se verificó que el 25/06/2025 fueron registrados tres seguimientos idénticos, lo que evidencia una duplicidad en la información cargada en el aplicativo LUCHA. Adicionalmente, se observó que las actas adjuntas corresponden a un seguimiento efectuado el 24/12/2024. Esta situación indica falta de coherencia entre la información registrada y la documentación soporte, así como inconsistencias entre la fecha de generación de las evidencias y el periodo que se está reportando.

Lo que sugiere fallas en el proceso de cargue de información y en la validación previa por parte del responsable del control. La duplicidad de registros y la utilización de documentos que no corresponden al periodo evaluado afectan la calidad y la confiabilidad de la información registrada en LUCHA, y dificultan la verificación de la ejecución del control.



Imagen 6. Control con múltiples seguimientos en Lucha.

3867	25/06/2025	Seguimiento	En el periodo reportado de ejecución del contraol, se verificó ante las plataformas transaccionales las respectivas validaciones de documentos publicados en los procesos de selección presentados en la Entidad.	Luis Guillermo Flechas Salcedo	• 1750869219_Acta_estandar_de_riesgos_Diciembre_2024-_3ER_CUATRIMESTRE_(1).pdf
3868	25/06/2025	Seguimiento	En el periodo reportado de ejecución del contraol, se verificó ante las plataformas transaccionales las respectivas validaciones de documentos publicados en los procesos de selección presentados en la Entidad.	Luis Guillermo Flechas Salcedo	• 1750869245_Acta_estandar_de_riesgos_Diciembre_2024-_3ER_CUATRIMESTRE_(1).pdf
3869	25/06/2025	Seguimiento	En el periodo reportado de ejecución del contraol, se verificó ante las plataformas transaccionales las respectivas validaciones de documentos publicados en los procesos de selección presentados en la Entidad.	Luis Guillermo Flechas Salcedo	• 1750869246_Acta_estandar_de_riesgos_Diciembre_2024-_3ER_CUATRIMESTRE_(1).pdf
3870	25/06/2025	Seguimiento	En el periodo reportado de ejecución del contraol, se verificó ante las plataformas transaccionales las respectivas validaciones de documentos publicados en los procesos de selección presentados en la Entidad.	Luis Guillermo Flechas Salcedo	• 1750869282_Acta_estandar_riesgos_Abril_2025-_GESTION_CONTRACTUAL.pdf

Fuente: Control 5295, aplicativo LUCHA.

Condición No. 2: Durante la verificación realizada, se identificó que en varios controles del proceso de gestión específicamente los controles ID 5698, 5706, 5714, 5717 y 6284, las actas de seguimiento al riesgo fueron cargadas en el aplicativo LUCHA como “Ejecución del control” y no en el apartado correspondiente a “Seguimiento”.

Esta forma de registro genera una clasificación inadecuada de la información y puede afectar la interpretación del avance real del riesgo, al no diferenciar entre la ejecución del control y el seguimiento cuatrimestral que exige la Política de Administración del Riesgo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

De igual manera, en los riesgos de corrupción se identificó la misma situación en el control ID 5054, donde el acta de seguimiento fue cargada de forma incorrecta como reporte de ejecución del control, en lugar de registrarse en el módulo destinado al seguimiento.

Esta inconsistencia dificulta la lectura adecuada del estado de los riesgos, dado que el aplicativo utiliza campos diferenciados para registrar qué se ejecutó, cuándo se ejecutó y cómo se realizó el seguimiento al riesgo, por lo que registrar la información en espacios equivocados puede distorsionar el análisis.

Condición No. 3: En la verificación realizada al control asociado a gestión identificado con ID 5706, se evidenció que los soportes cargados en el aplicativo LUCHA fueron clasificados como “Seguimiento”, sin diferenciar si correspondían a evidencias de ejecución del control.

Esta situación refleja una clasificación inadecuada de la información, ya que el aplicativo establece campos diferenciados para registrar: la ejecución del control y el seguimiento al riesgo.

La falta de diferenciación entre ambos tipos de evidencia impide identificar con claridad qué actividad se llevó a cabo, en qué fecha, y con qué propósito, dificultando la correcta interpretación del estado real del riesgo y de la efectividad del control.

Criterio: Política de Administración del riesgo, MI-PLT-2 del 30/09/2025. Punto 8.2. *Primera Línea De Defensa, Autocontrol. Reportar en el sistema de información los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos.*



Punto 14. Periodicidad De Seguimiento. Monitoreo Primera y Segunda Línea de Defensa.

Causa: La inconsistencia identificada parece deberse a la falta de validación previa de la información antes de su cargue, lo que permitió registrar seguimientos duplicados y adjuntar documentos que no corresponden al periodo reportado. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

Efecto: La falta de coherencia entre la evidencia y el periodo reportado puede generar interpretaciones incorrectas sobre la ejecución del control, afectar la trazabilidad del seguimiento y debilitar la consistencia de la información utilizada para la gestión del riesgo. Además, limita la capacidad de la Oficina de Control Interno para evaluar adecuadamente la efectividad del control y emitir conclusiones precisas.

3.6.17.1. **Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2025-004966 del 02/12/2025 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

“En relación con las oportunidades de mejora identificadas sobre el cargue inoportuno, la duplicidad de información y la inadecuada clasificación de soportes en el aplicativo LUCHA, se reconoce que estas situaciones afectan la trazabilidad del seguimiento, la oportunidad del reporte y la coherencia entre la ejecución real de los controles y su registro en el sistema. En ese sentido, la OAP implementará acciones internas de fortalecimiento, orientadas exclusivamente a mejorar los mecanismos de revisión y verificación previos al cargue, tales como: (i) validación cruzada de fechas, periodicidades y correspondencia entre evidencias y actividades; (ii) revisión preventiva de duplicidades o inconsistencias antes del cierre del cuatrimestre; y (iii) retroalimentación técnica dirigida a los procesos responsables para promover registros oportunos y clasificados correctamente entre ejecución y seguimiento.”

Respuesta Oficina de Control Interno: De acuerdo con la verificación efectuada por la OCI, si bien la Oficina Asesora de Planeación manifiesta intención de mejora y propone acciones de fortalecimiento interno, **la oportunidad de mejora se mantiene**, dado que será necesario documentar y tomar las medidas pertinentes a tomar para garantizar la coherencia y pertinencia de la información cargada en el aplicativo Lucha.



3.6.18. **Materialización de riesgos**

Con base en los informes de la segunda línea de defensa, se confirmó la materialización del riesgo de gestión identificado con el ID 2248, asociado a la pérdida temporal, parcial o total de documentos. Este riesgo cuenta con un control relacionado (ID 5932) enfocado en el seguimiento y control de calidad de la organización de los archivos de gestión, conforme al procedimiento GD-GU-1 “Organizar el archivo físico”.

Durante el seguimiento con corte a abril de 2025, formalizado en el acta del 5 de mayo de 2025, se evidenció la pérdida de documentos en la CIOM Mártires, situación reportada inicialmente por correo electrónico el 21 de abril del mismo año. En atención a este evento, el proceso de Gestión Documental activó el plan de contingencia *“Acompañamiento para la reconstrucción documental”*, creado el 25 de abril de 2025, en cumplimiento del Acuerdo 001 de 2024 y la Guía GD-GU-3 para reconstrucción de documentos.

Como primera acción, se socializó el procedimiento establecido en el artículo 9.3.6 del Acuerdo 001 de 2024 con el personal responsable de la custodia documental. A la fecha, el plan presenta un avance del 40 %, correspondiente a la elaboración del plan de reconstrucción del expediente, y será registrado en el Sistema Integrado de Gestión para permitir su seguimiento por las líneas de defensa.

La materialización del riesgo fue igualmente informada a la alta dirección durante la sesión del Comité CICC de septiembre de 2025. La fecha estimada de cierre del plan de contingencia se proyecta para el 31 de diciembre de 2025, momento en el cual se considerará finalizado una vez se implemente en

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

su totalidad el procedimiento de reconstrucción de expedientes establecido en el artículo 9.3.6 del Acuerdo 001 de 2024 y en la Guía GD-GU-3.

3.6.19. Cumplimiento (C): de la Política de Administración del Riesgo ante la Materialización del Evento.



De acuerdo con lo verificado, sí se está cumpliendo con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo para los casos en que un riesgo se materializa. La entidad activó el plan de contingencia correspondiente, adelantó acciones inmediatas para atender el evento, informó oportunamente a la Oficina Asesora de Planeación y a la alta dirección, documentó el seguimiento en el Sistema Integrado de Gestión y aplicó los procedimientos normativos definidos para la reconstrucción documental. Estas actuaciones se ajustan a las obligaciones de la primera y segunda línea de defensa previstas en la Política, especialmente en lo relacionado con la activación de medidas de control, el reporte del evento, la actualización del riesgo.

4. CONCLUSIONES

En el marco de su compromiso con el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la Secretaría Distrital de la Mujer inició en 2025 la implementación de este programa, conforme a lo establecido en la Ley 2195 de 2022. La verificación de 56 actividades programadas para el primer y segundo cuatrimestre, equivalente al 75% del total anual, revela un avance acumulado del 48,37%. Si bien este porcentaje refleja un esfuerzo institucional inicial, el rezago en el cumplimiento señala la necesidad de mejorar de forma significativa la ejecución de las actividades por parte de la Primera Línea de Defensa, así como la gestión de las evidencias. Es imperativo que los procesos responsables adopten las acciones correctivas necesarias para mitigar el riesgo de incumplir las metas establecidas.

A pesar del avance positivo en la implementación del PTEP, se requiere una acción estratégica e inmediata por parte de la Dirección. Es preciso analizar y articular los lineamientos del anexo técnico expedido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en el marco del Decreto 1122 de 2024. Dicho análisis es fundamental para estructurar un programa que trascienda la vigencia actual y se adapte a los nuevos requerimientos normativos. Cabe recordar a la Entidad Territorial que el plazo máximo de dos años para la adopción de las medidas pertinentes vence en 2026, por lo que resulta vital actuar con oportunidad para prevenir posibles sanciones.

Durante la verificación de la gestión de riesgos institucionales se evidenció que, si bien la Entidad ha implementado controles y realizado su seguimiento en la aplicación LUCHA, persisten inconsistencias críticas que afectan la confiabilidad de la información registrada y limitan la capacidad de la Segunda Línea de Defensa para evaluar los riesgos a tiempo. Las principales deficiencias identificadas en la documentación son las siguientes:

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Omisión y demora en la carga de las actas de seguimiento cuatrimestral.
- Registro de evidencias que no corresponden al periodo reportado, incluidos casos de documentos duplicados.
- Clasificación inadecuada de las actividades, sin distinguir entre la evidencia de la ejecución del control y la evidencia del seguimiento cuatrimestral al riesgo.

Estas fallas reflejan una debilidad estructural en los controles de calidad del registro.

La necesidad de fortalecer los controles preventivos en los procesos críticos se ve subrayada por la materialización de un riesgo institucional durante la vigencia, conforme al reporte del proceso de Gestión Documental (Oficio No. 3-2025-001094 del 5 de mayo de 2025). Este evento fue comunicado a la Alta Dirección en el Comité CICCI de septiembre y motivó la activación del plan de contingencia “Acompañamiento para la reconstrucción documental”. Su ocurrencia destaca la urgencia de aumentar la eficacia y la supervisión de los controles internos diseñados para prevenir este tipo de eventos.

En conjunto, los hallazgos revelan la necesidad urgente de:



- Fortalecer la calidad, integridad y coherencia del registro documental en LUCHA.
- Garantizar la alineación entre los medios de verificación y las actividades reportadas.
- Mejorar la capacidad de respuesta de la Segunda Línea de Defensa en la generación de alertas y el monitoreo.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno concluye que la eficacia general de los procesos de control y gestión de riesgos se califica como parcialmente eficaz. La persistencia de estas brechas no solo limita la capacidad de la OCI para valorar la eficacia de los controles, sino que también distorsiona la interpretación del estado real de exposición al riesgo y, por ende, compromete el proceso de toma de decisiones de la Alta Dirección.

5. RECOMENDACIONES

Con base en el anexo técnico de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, expedido bajo el Decreto 1122 de 2024, se formulan las siguientes recomendaciones:



- La Secretaría Distrital de la Mujer debe realizar una lectura y análisis exhaustivos del anexo técnico para construir su Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) para la vigencia 2026. Este análisis es esencial para alinearse con los nuevos lineamientos, los cuales presentan el programa desde una perspectiva de planeación estratégica, trascendiendo un simple plan de acción para convertirse en una herramienta de acciones permanentes contra la corrupción.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- Es imperativo registrar evidencias adecuadas e idóneas que demuestren de manera coherente el desarrollo de las acciones y su vinculación directa con los hallazgos identificados y sus causas raíz.
- Se debe efectuar un seguimiento continuo a la actividad "Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos". Si bien se evidencia avance, es crucial finalizar y cargar el "Documento de Plan de trabajo de debida diligencia" en el tercer cuatrimestre para evitar incumplimientos dentro del PTEP de la Entidad.
- Bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se debe documentar con claridad y precisión todas las herramientas y documentos del PTEP, asegurando su plena articulación con los procesos y procedimientos internos de la Entidad.
- Se deben fortalecer los ejercicios de monitoreo de la segunda línea de defensa para generar alertas tempranas que prevengan posibles incumplimientos.
- Es fundamental integrar las actividades del PTEP en la Planeación Estratégica institucional, eliminando reprocesos y redundancias. El programa debe evolucionar de un plan de acción aislado a un programa estratégico y transversal.

Con el fin de fortalecer el sistema de control interno y la gestión de riesgos, se recomienda priorizar las siguientes acciones:

- Ajustar y fortalecer la redacción de los 40 controles identificados con descripciones deficientes, asegurando que incluyan explícitamente el responsable, la acción y el complemento, conforme a la Guía para la Administración del Riesgo. Esto mejorará la claridad, coherencia y efectividad de la gestión del riesgo.
- Fortalecer los mecanismos de verificación interna para asegurar que las evidencias se carguen en LUCHA de manera completa y oportuna, correspondiendo siempre al periodo reportado y reflejando fielmente la ejecución del control.
- Establecer revisiones periódicas al interior de los procesos para validar la calidad, pertinencia y suficiencia de las evidencias. Es prioritario actualizar el control ID 6283, que no registra ejecución desde agosto de 2024.
- Formalizar y registrar la documentación de los 8 controles que carecen de ella, integrando su definición en manuales, procedimientos o flujogramas de los procesos respectivos, de acuerdo con la guía establecida.
- Se insta a los responsables de cada proceso a verificar la coherencia, pertinencia y vigencia

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

de la información cargada en LUCHA, asegurando que las evidencias correspondan al periodo reportado y evitando duplicidades. Se recomienda implementar una revisión previa al cargue para garantizar la consistencia de los soportes.

6. PLAN DE MEJORAMIENTO

Conforme a los resultados presentados se solicita informar a esta Oficina en los siguientes diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación del informe final, las acciones de mejora a implementar, en cumplimiento del procedimiento de la mejora vigente de la SdMujer. Para el caso de las *Oportunidades de Mejora* comunicadas, es potestativo del líder de proceso o unidad auditable establecer un tratamiento a través de la formulación de acciones preventivas o de mejora. No obstante, en caso de no hacerlo, deberá documentar las razones y declarar que asume el riesgo, si aplica.



6.1. Evaluación de eficacia planes de mejoramiento internos vigentes.

Con ocasión del seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública y en respuesta a los resultados de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno de periodos anteriores, se identificaron en el aplicativo LUCHA un total de dos (2) acciones de mejora en estado abierto formuladas por la Oficina Asesora de Planeación, que son responsabilidad de evaluar por parte de la Oficina de Control Interno conforme al procedimiento interno “Mejora Continua”, las cuales fueron objeto de seguimiento en su totalidad, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 10. Resultados evaluación de eficacia planes internos

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	Acciones cerradas	Acciones cerradas con observación	Acciones incumplidas
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA2024	Direccionamiento Estratégico	1	--	--
Auditoría evaluación a la gestión de riesgos institucional y Programa de Transparencia y ética Pública III Cuatrimestre 2024	Mejoramiento Institucional	1	--	--
TOTAL		2	0	0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo “Lucha”, módulo mejoramiento continuo.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
		Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

6.2. Evaluación de efectividad planes de mejoramiento internos vigentes.

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 23 acciones como se evidencia a continuación:

Tabla 11. Resultados evaluación de efectividad a planes internos.

Informe Generador	ID Acción	ID Oportunidad de Mejora
Riesgo	945	598
Informe Seguimiento A La Gestión Del Riesgo Gestión Del Riesgo 2023 - PAA 2023	2031	1354
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2183	1426
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2199	1432
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2200	1432
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2201	1433
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2205	1433
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2206	1433
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2207	1433
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2208	1433
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2202	1434

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	



Informe Generador	ID Acción	ID Oportunidad de Mejora
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2203	1434
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-PAA 2024	2204	1435
RIESGO	1473	1010
Informe de Seguimiento Implementación de la Política De Administración del Riesgo de la SDM - PAA 2022	1534	1034
Informe De Seguimiento Implementación de la Política De Administración del Riesgo de la SDM - PAA 2022	1536	1035
Informe De Seguimiento Implementación de la Política De Administración del Riesgo de la SDM - PAA 2022	1537	1036
Informe Seguimiento Implementación política de Riesgo - PAA 2023	2022	1356
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	2080	1364
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	2081	1364
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	2092	1365
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	2122	1365
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	2123	1365
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	2097	1369
Total		23

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo “Lucha”.



De las veintitrés (24) acciones de mejora evaluadas en términos de efectividad, se identificó que el 75% (18 acciones) fueron efectivas, dado que las acciones implementadas contribuyeron a evitar que la causa raíz del hallazgo se materialice nuevamente, por otro lado, el 21% (5 acciones) fueron calificadas como inefectivas, si bien se dio cumplimiento de la acción formulada, se identificó que persisten las deficiencias identificadas en el hallazgo u oportunidad de mejora y el 4% (1 acción) fue cerrada por vencimiento de términos.

Tabla 12. Resultados evaluación de efectividad por procesos.



Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	Acciones Efectivas	Acciones cerradas por vencimiento de términos	Acciones Inefectivas
Riesgo	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	--	1	--

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	Acciones Efectivas	Acciones cerradas por vencimiento de términos	Acciones Inefectivas
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	Gestión Administrativa	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión Talento Humano	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024.	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024-Paa 2024	Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres	--	--	1
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres	1	--	--

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Versión: 06	
			Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	Acciones Efectivas	Acciones cerradas por vencimiento de términos	Acciones Inefectivas
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión Financiera	--	--	1
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Gestión Financiera	1	--	--
Informe Auditoría Interna de Cumplimiento Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Primer Cuatrimestre 2024- PAA 2024	Relacionamiento con la Ciudadanía	1	--	--
Riesgo	Gestión Financiera	1	--	--
Informe de Seguimiento Implementación de la Política de Administración del Riesgo de la SdMujer- PAA 2022	Planeación y Gestión	--	--	1
Informe de Seguimiento Implementación de la Política de Administración del Riesgo de la SdMujer- PAA 2022	Planeación y Gestión	--	--	1
Informe de Seguimiento Implementación de la Política de Administración del Riesgo de la SdMujer- PAA 2022	Planeación y Gestión	1	--	--
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	Planeación y Gestión	1	--	--
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	Relacionamiento con la Ciudadanía	--	--	1
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	Gestión Administrativa	1	--	--
Informe Seguimiento Implementación Política de Riesgo - PAA 2023	Relacionamiento con la Ciudadanía	1	--	--
Informe Seguimiento Implementación Política De Riesgo - PAA 2023	Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres	1	--	--
Informe Seguimiento Implementación Política De Riesgo - PAA 2023	Gestión del Conocimiento	1	--	--

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	Acciones Efectivas	Acciones cerradas por vencimiento de términos	Acciones Inefectivas
Informe Seguimiento Implementación Política De Riesgo - PAA 2023	Gestión Talento Humano	1	--	--
Total		18	1	5

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con información obtenida del aplicativo “Lucha”.

Es importante mencionar que las acciones que fueron declaradas como inefectivas, se encuentran relacionadas como hallazgos descritos en el presente informe (OM-08-Varios-2025: Alinear la redacción de controles con la estructura establecida en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles, OM-09-Varios-2025: Cargar la evidencia de ejecución del Control conforme a la periodicidad establecida, I-06-Varios-2025: No se efectuó el cargue del acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos) 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 eficacia de las acciones internas abiertas	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo1. Eva_Eficacia.xlsx
Documento en Excel que relaciona la evaluación de efectividad de las acciones internas	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo2. Eva_Efectividad.xlsx

8. FIRMAS

ORIGINAL FIRMADO



Elaboró
Anyi Paola Castillo
Avendaño
 Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró
Karol Mishelld Tausa
García
 Auditor (a) Interno

ORIGINAL FIRMADO

Revisó y Aprobó
Andrés Pabón
Salamanca
 Jefe (a) de Oficina

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN		Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2025-005069 Fecha: 15-12-2025
			Versión: 06	
	INFORME DE AUDITORIA / SEGUIMIENTO		Fecha de Emisión: 15/05/2025	

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 remisoría 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.