

Informe Semestral de Seguimiento a los Instrumentos Técnicos y Administrativos de la Función de Auditoría Interna en el Marco del Sistema de Control Interno

Periodo: Segundo Semestre 2025

I. Introducción

El presente informe de elabora en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 29, Numeral 5, del Decreto Distrital 221 de 2023. Su propósito es abordar la evaluación y el seguimiento de los siguientes aspectos clave que conforman la función de auditoría interna y su articulación con el Sistema de Control Interno (SCI) de la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer) durante el periodo reportado:

- **Cumplimiento de los Roles de la Oficina de Control Interno:** Análisis del desempeño de la Oficina de Control Interno (OCI) en sus funciones esenciales de evaluación independiente, asesoría y acompañamiento, y fomento de la cultura del control.
- **Adhesión al Estatuto de Auditoría Interna:** Verificación del respeto y cumplimiento de las directrices establecidas en el Estatuto o Carta de Auditoría Interna de la entidad, garantizando su propósito, autoridad e independencia.
- **Ejecución del Plan Anual de Auditoría (PAAA):** Presentación del avance físico y temático del PAAA, incluyendo el análisis de las desviaciones y su impacto en la cobertura planificada.
- **Observancia del Código de Ética y Normas de Auditoría:** Evaluación del cumplimiento del Código de Ética para el ejercicio de la auditoría y la aplicación de las Normas Globales de Auditoría Interna (NGAI) en la práctica diaria de la función.
- **Cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo:** Revisión de la aplicación y efectividad de la política de administración del riesgo de la entidad.

II. Cumplimiento de los Roles de las Oficinas de Control Interno

De conformidad con el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017 y atendiendo los lineamientos de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Versión 4 de 2020), la Oficina de Control Interno tiene asignados cinco (5) roles principales que orientan el desarrollo de sus actividades y la planificación anual del Plan Anual de Auditoría, en estricta concordancia con la normativa vigente.

En este sentido, la Oficina de Control Interno de la SDMujer celebró el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 11 de diciembre de 2025, en el cual se aprobó el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2026. Dicho plan fue diseñado para dar respuesta a los roles normativos asignados y planificar las actividades correspondientes al periodo.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76
Torre 1 (Aire) Piso 9
PBX: 3169001

www.sdmujer.gov.co

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:
servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

A continuación, se presenta un análisis detallado por rol de las actividades ejecutadas por la Oficina durante el segundo semestre de 2025, con el propósito de verificar el cumplimiento de los roles establecidos por la normatividad y formular recomendaciones orientadas a la mejora continua del proceso de “Evaluación Independiente de la Gestión” en la Entidad.

Evaluación del Sistema de Control Interno

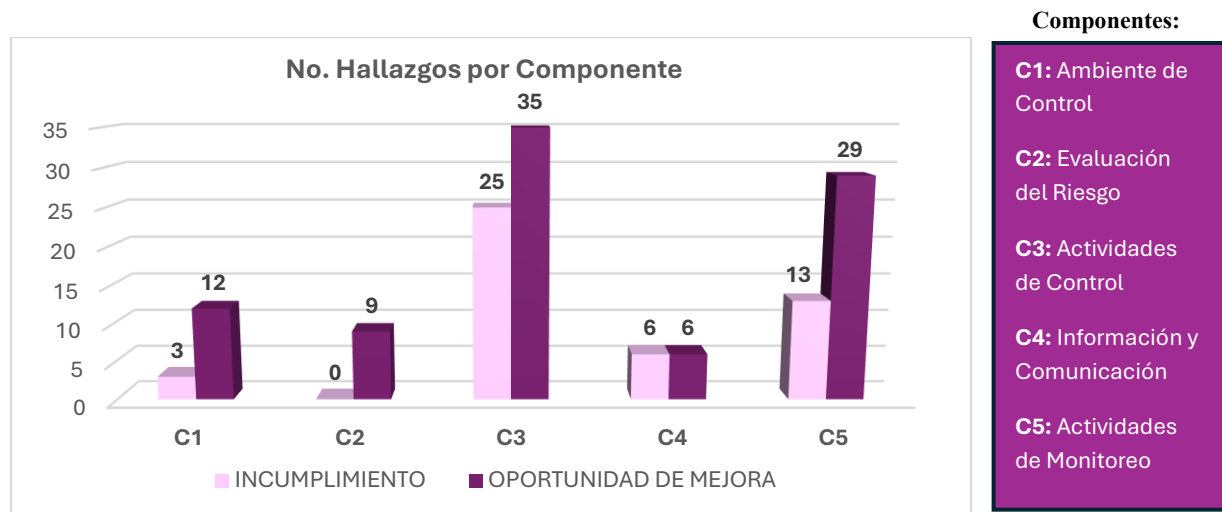
Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno realizó la Auditoría Interna correspondiente a la Evaluación Independiente sobre el Estado del Sistema de Control Interno del primer semestre de 2025. Esta evaluación evidenció un nivel de cumplimiento del 86% en la estructura de control establecida para el Sistema de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer, resultado que se mantiene en el mismo porcentaje obtenido en el primer semestre del 2024.

Cabe resaltar que, en la evaluación del segundo semestre de 2024, el nivel de cumplimiento alcanzó el 90%, lo que refleja una tendencia positiva en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y en el trabajo articulado entre las Líneas de Defensa, así como en la efectividad de los controles implementados en la Entidad.

En la comparación entre el segundo semestre de 2024 (90,%) y el primer semestre de 2025 (promedio 86%), se evidencia una disminución de 4 puntos porcentuales, consistente con la caída del 90% al 86% del nivel general de cumplimiento del SCI; los retrocesos se concentran en Evaluación de riesgos 8 puntos porcentuales y Monitoreo 7 puntos porcentuales, con disminuciones adicionales en Ambiente de control (5 puntos porcentuales) e Información y comunicación (puntos porcentuales), mientras Actividades de control se mantiene estable. No obstante, es importante seguir trabajando en acciones que fortalezcan el cumplimiento de las metas establecidas para la presente vigencia y los soportes que evidencien dicho cumplimiento, reflejados en un (1) incumplimiento y dos (2) oportunidades de mejora, orientadas a consolidar la gestión del SCI y garantizar la mejora continua en la Entidad.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno de la SDMujer realiza seguimientos periódicos al SCI de la Entidad. Los hallazgos identificados en el marco de las auditorías se clasifican según los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), lo que permite contar con una visión integral del estado del SCI y sustentar la toma de decisiones orientadas a la mejora de los procesos.

Gráfica: 1: Número hallazgos por componente del MECI



Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con base de datos de control interno, 2025.

En concordancia con los resultados obtenidos, se evidencio que, de los 47 incumplimientos y 91 oportunidades de mejora identificadas durante las auditorías realizadas en el II semestre de la vigencia 2025.

Ahora bien, el componente “C3 Actividades de Control” concentra el mayor número de hallazgos con 25 incumplimientos y 35 oportunidades de mejora. Esta alta concentración indica debilidades en la implementación y seguimiento de controles, que requieren acciones estratégicas para evitar riesgos operativos y garantizar la efectividad del modelo.

Por su parte, el componente C5 Actividades de monitoreo presenta 13 incumplimientos y 29 oportunidades de mejora, lo cual indica falencias en el seguimiento y evaluación de los controles implementados es necesario documentar los ejercicios de monitoreo y consolidar una cultura de seguimiento continuo.

El componente “C4 Información y Comunicación” refleja 6 incumplimientos y 6 oportunidades de mejora, lo que evidencia retos asociados con la calidad, oportunidad y consistencia de la información utilizada para la gestión. Se hace necesario identificar acciones orientadas a mejorar los flujos de información y la gestión documental

Los componentes “C1 Ambiente de Control “y “C2 Evaluación del riesgo” muestran un menor número de incumplimientos, sin embargo, es necesario mantener un enfoque preventivo, siendo esto clave para mantener la estabilidad del Sistema de Control Interno.

En conjunto, los resultados evidencian la necesidad de articular una estrategia integral del fortalecimiento del Control Interno, orientada a consolidar la cultura del control, mejorar la gestión del riesgo y avanzar hacia un modelo más robusto alineado con los lineamientos del MIPG.

Gestión del Riesgo.

En cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo – Versión 9 (MI-PLT-2) y aplicando los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (DAFP, Versión 7), la Oficina de Control Interno llevó a cabo, durante el segundo semestre de la vigencia 2025, la evaluación del diseño y la efectividad de los controles asociados a los riesgos institucionales. El objetivo fue verificar la mitigación de los riesgos a través del diseño y ejecución de los controles identificados por los procesos.

A través, de la Auditoría Interna de Cumplimiento a la Gestión de Riesgos Institucional y al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) correspondiente a la vigencia 2025, se realizó la evaluación integral de la gestión de riesgos institucionales, en cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo vigente (versión 9 del 30 de septiembre de 2025) y del esquema de Seguimiento y Evaluación Independiente de la Tercera Línea de Defensa. Esta evaluación permite no solo validar la efectividad de los controles, si no también identificar oportunidades estratégicas para fortalecer la cultura de gestión del riesgo y garantizar la alineación del MIPG.

De acuerdo con esta auditoría, la Oficina de Control Interno (OCI) revisó el diseño, implementación y ejecución de los controles, así como su efectividad para mitigar los riesgos identificados, evaluando aspectos estratégicos como:

- La correcta identificación y formulación de los riesgos, alineada con los procesos de la Entidad.
- El diseño de los controles, verificando claridad, pertinencia, tipo (preventivo o correctivo), responsables y periodicidad.
- El nivel de ejecución de los controles, frente a la periodicidad establecida frente a las evidencias registradas.
- La oportunidad, suficiencia y trazabilidad de las evidencias, como soporte del cumplimiento de los controles.

La evaluación de riesgos realizada en el II semestre de 2025, se realizó sobre una muestra representativa, seleccionada conforme a la metodología de la *Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas*, utilizando como fuente principal la información registrada en el aplicativo Kawak-Lucha. Para el periodo evaluado se tomó una muestra de 54 controles relacionados en 33 Riesgos, distribuido de la siguiente manera:

Tabla 1: Tipo de Riesgo Vs. Cantidad

Tipo de Riesgo	Cantidad de Riesgos
Riesgo de Gestión	18
Riesgos Fiscales	1
Riesgos de Corrupción	13
Riesgos asociados a SARLAFT	1
TOTAL	33

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la clasificación por nivel de riesgo residual, se observó lo siguiente:

Tabla 2: Clasificación por nivel de riesgo residual

Tipo de Riesgo	Nivel Extremo	Nivel Alto	Nivel Moderado	Nivel Bajo
Riesgos de Gestión	0	1	11	6
Riesgos Fiscales	0	0	0	1
Riesgos de Corrupción	5	6	2	0
Riesgos SARLAFT	0	1	0	0

Fuente: Elaboración propia

La muestra seleccionada permitió evaluar 54 controles registrados en Kawak-Lucha, del 100% de la muestra, se evidenció que el 26% (14 controles) de los controles cumplen con los atributos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, (responsable, acción y atributos informativos o de formalización del control: documentación, frecuencia, evidencia y ejecución) condición que habilita su implementación efectiva por parte del responsable. Este resultado indica un avance hacia una gestión del riesgo más estructurada y transparente, orientada a la mitigación efectiva, y consolidando el compromiso institucional con la mejora continua y la sostenibilidad del modelo de control.

Asimismo, la evaluación evidenció progresos significativos en la adopción del enfoque de gestión del riesgo reflejados en la actualización del mapa de riesgos institucional, la coherencia entre los riesgos identificados y los controles que contribuyen de manera efectiva a su mitigación, fortaleciendo la cultura del riesgo y en la articulación entre las líneas de defensa.

Como resultado se identificaron dos (2) incumplimientos y cinco (5) oportunidades de mejora, principalmente en aspectos operativos y de seguimiento de los controles. Los incumplimientos se relacionan con la ausencia de evidencias que respalden la ejecución de los controles en el aplicativo Kawak-Lucha y la falta de cargue del acta cuatrimestral del seguimiento a riesgos. Estas situaciones impactan la trazabilidad y la verificación, reduce la capacidad de la Entidad para demostrar el cumplimiento de la periodicidad establecida

Por otra parte, las oportunidades de mejora se orientan a fortalecer la gestión del riesgo institucional mediante acciones estratégicas como:

- Ajustar la redacción del 74% (40 controles) de los controles teniendo en cuenta la estructura definida en la guía, garantizando claridad sobre el qué, cómo, cuándo y quién. La principal debilidad observada en la muestra analizada es la omisión crítica del atributo "responsable" en la descripción de treinta y cinco (35) controles.
- Realizar el cargue oportuno de evidencias conforme a la periodicidad; robustecer la documentación asociada a controles; y verificar la coherencia entre la información registrada en Kawak-Lucha y los soportes que la respaldan, especialmente en fechas y registros de seguimiento.

La implementación de estas acciones optimizará la trazabilidad, mejorará la confiabilidad de la información y consolidará la efectividad del modelo de gestión del riesgo, fortaleciendo la capacidad institucional para garantizar cumplimiento, transparencia y sostenibilidad en el Sistema de Control Interno.

Por otra parte, se evidenció en los informes de la segunda línea de la materialización del riesgo de gestión con ID 2248, “Posibilidad de Pérdida temporal, parcial o total de documentos” activando el plan de contingencia “Acompañamiento para la reconstrucción documental” conforme al Acuerdo 001 de 2024 y la Guía GD-GU-3 Acciones en caso de pérdida y reconstrucción de documentos. Este plan, presenta un avance del 40%

En conclusión, la evaluación confirma que la Entidad cuenta con una estructura formal para la administración del riesgo; sin embargo, persisten retos asociados a la ejecución efectiva, el seguimiento sistemático y el aseguramiento del cargue oportuno de evidencias. Superar estos desafíos es clave para avanzar hacia un modelo de gestión del riesgo más maduro, preventivo y alineado con los lineamientos del MIPG y la *Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas*, fortaleciendo la capacidad institucional para garantizar transparencia, sostenibilidad y toma de decisiones informadas.

Asimismo, se realizó la evaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025, en la cual se validó el avance del componente “Evaluación de Riesgos”, con una calificación del 88% un aumento de 17 puntos porcentuales respecto a la medición anterior.

Auditorías Basadas en Riesgos

La Oficina de Control Interno de la SDMujer, en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno celebrado el 20 de diciembre de 2024, aprobó el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2025. Este plan contempla la realización de cinco (5) auditorías basadas en riesgos, seleccionadas de acuerdo con la priorización efectuada por la Jefatura de Control Interno, y dirigidas a los siguientes procesos de la Entidad:

1. Gestión Administrativa.
2. Comunicación Estratégica.
3. Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias.
4. Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres.
5. Arquitectura Empresarial.

A la fecha de corte, diciembre de 2025, se realizaron 3 de estas auditorías correspondientes al 60% de la planeación, correspondientes a los procesos de Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias, Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres y arquitectura empresarial. En cada una de ellas se identificaron logros significativos y oportunidades de mejora relevantes. En la Tabla 3 se relacionan los principales logros y hallazgos identificados en estas auditorías.

Tabla 3. Resumen de Auditorías Basadas en Riesgos, Vigencia 2025.

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia	Informe comunicado mediante memorando No. 3-2025-004776 del 05/11/2025	<ul style="list-style-type: none"> Se adoptaron e implementaron lineamientos técnicos para la prevención, atención, protección y sanción de las violencias contra las mujeres. Se constató la existencia, aplicación y articulación de instrumentos que integran los componentes de prevención, protección y atención del Sistema Distrital de Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencias (SOFIA), consolidándolo como estrategia de articulación interinstitucional, bajo la coordinación de la Secretaría Distrital de la Mujer. Se evidenció el cumplimiento del 80% de las funciones asignadas a la Mesa de Trabajo SOFIA, correspondiente a 4 de sus 5 numerales. Se diseñó, promovió, divulgó e implementó el Sistema SOFIA, igualmente, se articuló su Plan de acción Anual con los instrumentos de planeación distrital (PDD, PPM y EG y Plan de Acción del Proyecto de Inversión 8205). En el 100% de los casos analizados, el primer contacto con las usuarias se realizó dentro de las 24 horas posteriores a la asignación, en cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos en las Guías Operativas Guías Operativas PAMVV-GU-8 (Duplas Psicosociales) y PAMVV-GU-7 (Duplas Psico jurídicas). Los registros revisados demuestran consistencia en la aplicación del modelo de acompañamiento post emergencia, integrando de manera articulada la orientación jurídica y el apoyo psicosocial, orientados a la sensibilización emocional, el fortalecimiento de la autonomía y la garantía de acceso efectivo a la justicia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la identificación y documentación de los riesgos de gestión y corrupción para el proceso. Garantizar la presentación oportuna al Concejo de Bogotá del Informe de Balance de Implementación del Sistema SOFIA durante los tres (3) primeros meses de cada vigencia. Consolidar la formalización administrativa del Reglamento de la Mesa de Trabajo del sistema Distrital SOFIA, garantizando su adopción mediante acto administrativo, fecha de aprobación, firmas de validación a fin de asegurar su carácter oficial y su adecuada aplicación. Asegurar el cumplimiento de la periodicidad trimestral de las reuniones de los Consejos Locales de Seguridad de las Mujeres, mediante mecanismos de coordinación y seguimiento con las autoridades locales. Optimizar la calidad y completitud del registro de información en el sistema SIMISIONAL, asegurando el diligenciamiento integral de los campos de caracterización de las usuarias (edad, discapacidad), con el fin de garantizar un adecuado análisis de la población atendida y la aplicación efectiva del enfoque diferencial Garantizar la oportunidad en la ejecución de los seguimientos, conforme a los lineamientos de las Duplas Psicosociales. Asegurar la aplicación de los criterios técnicos para el cierre de casos en el sistema SIMISIONAL. Garantizar el seguimiento inicial oportuno de los casos conforme a la temporalidad definida en los lineamientos.

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	Informe comunicado mediante memorando No. 3-2025-004776 del 05/11/2025.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de lineamientos para la atención y protección a las mujeres víctimas de violencia ▪ Realización de 224 jornadas de sensibilización y difusión de derechos de las mujeres en Casas de Justicia con Ruta Integral, 6 con las fiscalías de actos urgentes, receptores de denuncias y policía judicial y 6 jornadas con mujeres rurales. ▪ Creación de Subcomités para los componentes de la Estrategia Justicia De Género. ▪ Consolidación de alianzas estratégicas con universidades, grupos de investigación, consultorios jurídicos, organismos internacionales y entidades del nivel nacional y distrital para impulsar, planes, proyectos y acciones articuladas en la atención y remisión de servicios. ▪ Cumplimiento del 90% de las funciones asignadas al Comité técnico para la Representación Jurídica, según el artículo 23 de la Resolución 314 de 2022. ▪ Elaboración del Plan de Monitoreo y Plan de Trabajo del proceso de Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres. ▪ Relación efectiva entre actividades MGA de los proyectos de inversión y las metas del PDD 2024-2027. ▪ Correlación entre las metas de la PPMYEG, el PDD 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” y los Proyectos de Inversión 8205 y 8210 asegurando alineación con los instrumentos de planeación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir de manera clara y medible los objetivos estratégicos de la Estrategia de Justicia de Género, incluyendo metas, indicadores de resultados y procesos, procedimientos para medir el impacto a corto, mediano y largo plazo y sistemas continuos de seguimiento y medición ▪ Elaborar planes de acción formalizados por cada componente de la Estrategia, con objetivos, actividades, responsables, cronogramas, recursos, mecanismos de seguimiento y criterios de medición, según lo dispuesto en la Resolución 314 de 2022. ▪ Fortalecer el seguimiento periódico de los avances de la Estrategia de Justicia de Género, asegurando el cumplimiento de los tiempos establecidos. ▪ Formalizar el reglamento del Comité Técnico para la Representación Jurídica. ▪ Implementar acciones para asegurar la migración oportuna y completa de la información del sistema SIMISIONAL 1 a SIMISIONAL 2.0 ▪ Fortalecer la identificación y documentación de los riesgos de gestión y corrupción para el proceso.
Arquitectura empresarial	Informe comunicado mediante memorando No.3-2025-004948	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La entidad cuenta con una Política de AE vigente y articulada al MRAE v3.0, que fortalece la gobernanza, asegura coherencia entre TI y los objetivos misionales, y garantiza la sostenibilidad de la práctica. ▪ Se dispone de procedimientos formalizados para todo el ciclo de vida de la AE, gestionados centralizadamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formalizar los documentos de Arquitectura Objetivo (TO-BE) por dominio —información, sistemas, infraestructura y seguridad—, validarlos institucionalmente y vincularlos al repositorio, orientando la transformación digital y cerrando brechas estructurales.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

www.sdmujer.gov.co

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:

servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Proceso	Estado	Logros	Aspectos por mejorar
		<p>en el repositorio institucional, lo que asegura trazabilidad, estandarización y preservación del conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe una Hoja de Ruta 2023–2026 que prioriza proyectos, define cronogramas y estima costos, permitiendo orientar la evolución arquitectónica y optimizar la asignación y seguimiento de recursos. Opera un esquema de gobernanza robusto con roles formalizados y participación de áreas clave, fortaleciendo la corresponsabilidad y garantizando decisiones integrales alineadas con las necesidades institucionales. El proceso de AE incorpora el ciclo PHVA, asegurando retroalimentación permanente, ajustes sistemáticos y evolución progresiva de la madurez arquitectónica mediante resultados medibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Activar la operatividad del Repositorio Institucional definido en el procedimiento Act3, mediante la carga activa de artefactos, el establecimiento de control de versiones y la validación de su uso, fortaleciendo la trazabilidad documental y la sostenibilidad del modelo. Aplicar los indicadores de desempeño definidos en el procedimiento Act4, estableciendo periodicidad, responsables y metas, con el fin de medir el impacto real de la Arquitectura Empresarial y facilitar la rendición de cuentas. Actualizar la Evaluación de Madurez Institucional con corte a 2025 (utilizando el MRAE v2) y compararla con la línea base de 2022, para validar avances, ajustar la hoja de ruta y reportar el cumplimiento ante el MinTIC. Diseñar y ejecutar un Plan de Comunicaciones de AE, con mensajes clave y canales definidos, que promueva el uso activo del modelo y fortalezca la apropiación institucional, reduciendo la resistencia al cambio. Documentar las lecciones aprendidas por cada proyecto de TI, incluyendo ajustes, dificultades y buenas prácticas, para fortalecer la cultura de mejora continua y retroalimentar la planificación estratégica.

Fuente. Elaboración propia de acuerdo avances del PAA, Vigencia 2025.

Asesoría y Acompañamiento

En cumplimiento del rol asignado mediante el Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno realizó actividades de acompañamiento claves durante el II semestre de la vigencia 2025, fortaleciendo la articulación institucional y la cultura de control. Entre estas acciones se destacan:

- Septiembre: Foro Internacional El Tiempo de la Mujeres: Género y Construcción de Ciudad
- Octubre: Inspección Disciplinaria Exp.018 de2025.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76
Torre 1 (Aire) Piso 9
PBX: 3169001

www.sdmujer.gov.co

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:
servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Estas intervenciones confirman el cumplimiento del rol asignado y refleja el compromiso de la Oficina con una gestión preventiva y proactiva. Se continuará fortaleciendo esta función mediante recomendaciones estratégicas que contribuyan a la mejora de la estructura de control, enfocado en la gestión del riesgo y la implementación efectiva de los planes de mejoramiento, asegurando transparencia, trazabilidad y sostenibilidad en el Sistema de Control Interno.

Fomento de la Cultura del Control

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y del Modelo de Control Interno- MECI, las funciones de las Oficinas de Control Interno se orientan a verificar que los controles asociados a las actividades de la entidad se encuentren definidos, sean pertinentes y se fortalezcan de manera continua, en concordancia con la evolución de los procesos institucionales, el contexto organizacional y el marco normativo vigente.

Para el logro de este propósito, resulta fundamental promover una cultura de control enfocada en la gestión integral del riesgo, como eje articulador del Sistema de Control Interno, que contribuya al mejoramiento continuo del desempeño institucional y al cumplimiento de la misión, planes, metas y objetivos estratégicos, actuando la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, conforme al esquema de control definido en el MIPG.

En este sentido, como resultado de las actividades de evaluación independiente desarrolladas durante el segundo semestre de 2025, se evidencian avances en la implementación del componente de Gestión del Riesgo, reflejados en la identificación y valoración de riesgos institucionales, la definición y fortalecimiento de controles, la segregación de funciones en procesos críticos y la mejora en la documentación de procesos y procedimientos, como elementos clave para la prevención de desviaciones y la toma de decisiones informadas.

No obstante, se reconoce la necesidad de continuar consolidando estos ejercicios en la Entidad a lo largo de la vigencia 2026, con el fin de reforzar la apropiación de la gestión del riesgo por parte de todos los niveles de la entidad, garantizando su integración efectiva en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos, conforme a los principios del MIPG y los componentes del MECI.

En consecuencia, desde la perspectiva de la evaluación independiente, se considera prioritario diseñar e implementar un Plan de Fomento de la Cultura del Autocontrol en la Secretaría distrital de la Mujer, orientado a la consolidación de herramientas e instrumentos que permitan sensibilizar e interiorizar en los servidores públicos y colaboradores la importancia del autocontrol, la autoevaluación y la gestión preventiva del riesgo. Este plan deberá propender por el fortalecimiento de competencias institucionales para la identificación oportuna de riesgos, la aplicación efectiva de controles y la mejora continua del desempeño institucional, en coherencia con los objetivos estratégico, el MIPG y el MECI

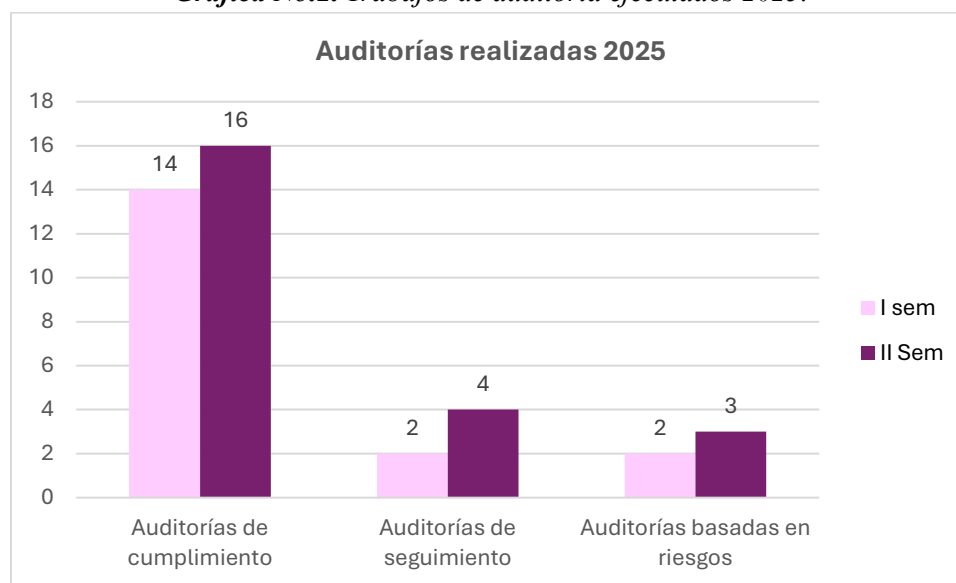
IV. Ejecución del Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI)

La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de desarrollar procesos de evaluación que sean planeados, documentados, organizados y sistemáticos. Estos procesos deben enfocarse en las metas estratégicas de gran alcance, los resultados esperados, las políticas, los planes, programas, proyectos, procesos, indicadores y riesgos que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno.

En virtud de lo anterior, se estableció el Plan Anual de Auditoría (PAA) para la vigencia 2025, el cual se fundamenta en un ejercicio de priorización realizado previamente, y que contempló lo establecido en la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas (Versión 4 - Julio de 2020) y las Normas Globales de Auditoría Interna (NGAI), específicamente el Dominio III: Gestión de la Función de Auditoría Interna, Norma 10.3 Planificación.

Respecto a su ejecución, es relevante mencionar que durante el segundo semestre de 2025 se desarrollaron veintitrés (23) trabajos de auditoría, de los cuales dieciséis (16) han sido auditorías de cumplimiento, cuatro (4) auditorías de seguimiento, tres (3) auditorías basadas en riesgos. Esto representa un 48% de ejecución del Plan Anual de Auditoría propuesto para la presente vigencia.

Gráfica No.2. Trabajos de auditoría ejecutados 2025.



Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información del PAA 2025.

De acuerdo con la programación establecida, se han presentado los siguientes trabajos de auditoría con sus respectivos informes a los procesos involucrados, durante el segundo semestre de 2025:

Tabla No.3. Trabajos de auditoría ejecutados en II Sem 2025.

Tipo de auditoría	Trabajo de auditoría desarrollado
Auditorías de Cumplimiento (AC)	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría de Cumplimiento Austeridad en el Gasto Público, I, II, III trimestre 2025. Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno. Informe del estado de los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte de la función de auditoría interna. I Sem 2024 Evaluación a la Gestión de PQRSDF Primer Semestre de 2025 Auditoría Gestión Jurídica, segundo ciclo Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) Auditoría Evaluación al Sistema de Control Interno Contable con corte al 30 de septiembre de 2025. Informe Auditoría Gestión Talento Humano segundo ciclo 2025 Auditoría Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 Informe Evaluación y Seguimiento a Metas Priorizadas Plan de Desarrollo Distrital Segundo seguimiento Auditoría Interna de Cumplimiento Gestión Contractual primer y segundo ciclo Auditoría “Evaluación al Sistema de Control Interno Contable” con corte al 30 de septiembre de 2025
Auditorías de seguimiento (AS)	<ul style="list-style-type: none"> Informe Planes de Mejoramiento externos e internos I y II Sem (4 trabajos)
Auditorías basadas en Riesgos (ABR)	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría a los procesos Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres y Auditoría Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias. Auditoría al Proceso de Gestión Tecnológica Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información y proceso Arquitectura Empresarial

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información del PAA 2025.

Durante la sesión No. 2 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), realizada el 26 de junio de 2025, en el punto 5 del orden del día, la Oficina de Control Interno presentó el cronograma de los trabajos de Auditoría Interna previstos para el resto de la vigencia 2025, el cual contemplaba auditorías de seguimiento, de cumplimiento y basadas en riesgos, incluyendo, entre otras, la Evaluación de la Gestión Contractual (AC14), el Seguimiento a la Austeridad del Gasto Público (AC9), la Auditoría de Arquitectura Empresarial (ABR5) y los seguimientos a planes de mejoramiento internos y de entes de control externos (AS1 y AS2). En el marco de las restricciones presupuestales asociadas a las medidas de austeridad del Distrito Capital, la OCI informó al Comité la necesidad de contar con dos (2) auditores de

apoyo para la ejecución de auditorías estratégicas y de obligatorio cumplimiento, señalando que la continuidad de los trabajos AC17 (Evaluación de Cumplimiento del MSPI), ABR5 (Arquitectura Empresarial) y AC16 (Evaluación de Cumplimiento del SG-SST) quedaría supeditada a la autorización de la Subcomisión de Calidad del Gasto para la contratación de prestación de servicios. Como resultado de lo anterior, y en aplicación del principio de planeación y realismo operativo, el Plan Anual de Auditoría fue ajustado y formalizado en su versión 2, la cual fue publicada en la página web de la entidad el 2 de julio de 2025.

Por otra parte, durante la sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) realizada el 11 de diciembre de 2025, según consta en el Acta No. 4, la Oficina de Control Interno presentó para consideración y aprobación el Plan Anual de Auditoría correspondiente a la vigencia 2026. Una vez expuestos su alcance, enfoque basado en riesgos y alineación con los objetivos institucionales, el Comité aprobó dicho plan, dejando constancia de su viabilidad y pertinencia para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno durante la vigencia señalada.

V. Cumplimiento al Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna, las Normas y los Planes de Acción para abordar eventos significativos.

Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna

El Código de Ética para el Ejercicio de Auditoría Interna tiene como objetivo principal "Promover el cumplimiento de los más altos estándares de conducta en el desarrollo de las funciones u obligaciones a cargo de las auditoras(es) de esta Secretaría, propiciando una mayor confianza y valor agregado en las actividades de aseguramiento y asesoría desarrolladas por la Oficina de Control Interno en la Entidad". Este documento fue actualizado durante el primer semestre de 2022, con fecha de implementación el 5 de abril de la misma vigencia, y socializado formalmente en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en sesión del 22 de abril del 2022, garantizando su adopción y apropiación a nivel institucional.

Con el fin de asegurar su efectiva aplicación, la Oficina de Control Interno incorpora de manera sistemática, en la etapa de apertura de cada auditoría programada, una referencia explícita al Código de Ética, así como la divulgación de los canales oficiales dispuestos para su consulta. Esta práctica busca garantizar que las reglas de conducta que rige la función de auditoría interna sean de conocimiento general y observancia permanente del equipo auditor.

Adicionalmente, durante las auditorías realizadas en la vigencia 2025, se implementó el formato EIG-FO-12 "Declaración de Conflicto de Interés y Confidencialidad Auditores Internos" versión 3, como un mecanismo preventivo y de control. A través de este instrumento, cada auditor declara la existencia o inexistencia de posibles conflictos de interés relacionados con el proceso, la dependencia o la temática a evaluar, lo que permite identificar oportunamente riesgos que puedan afectar la independencia y objetividad de la auditoría, y adoptar las decisiones necesarias frente a la asignación de responsabilidades dentro del equipo auditor.

Esta práctica reafirma el compromiso de la Oficina de Control Interno con el ejercicio ético, transparente y responsable de la auditoría interna, en concordancia con el marco normativo vigente y las buenas practicas del Sistema de Control Interno

Carta de Representación

La carta de representación constituye un instrumento clave del Sistema de Control Interno, mediante el cual el líder del proceso o la dependencia auditada formaliza su compromiso con la Oficina de Control Interno para suministrar información veraz, completa, pertinente y oportuna, necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades de auditoría, aseguramiento y evaluación independiente.

En el marco de las auditorías efectuadas durante la vigencia 2025, la OCI aplicó el formato EIG-FO-01 "Carta de Representación" versión 4 actualizada el 27 de junio de 2025, el cual fue socializado y cuya fue solicitada a las unidades auditables durante las reuniones de apertura de cada auditoría.

La aplicación de este instrumento fortalece los principios de responsabilidad, transparencia y corresponsabilidad de los líderes de proceso frente a la gestión de la información institucional, y contribuye a mitigar riesgos asociados a la calidad de la información suministrada, garantizando así la confiabilidad de los resultados de auditoría y el adecuado ejercicio de la función de control interno.

Estatuto de Auditoría

El Estatuto de Auditoría tiene como objetivo "Establecer el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la función de auditoría interna a cargo de la Oficina de Control Interno de la Secretaría Distrital de la Mujer, con el fin de que la misma, mediante el ejercicio metódico, disciplinado e independiente de actividades de evaluación, seguimiento, acompañamiento, asesoría, fomento de la cultura del control, y demás funciones asignadas por la ley, agregue valor y contribuya al logro de los objetivos de la Entidad". Este instrumento fue objeto de revisión durante el primer semestre de 2022, con fecha de implementación del 5 de abril de 2022 y fue formalmente presentado y avalado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión del 22 de abril de 2022 asegurando su adopción y observancia a nivel institucional.

El Estatuto de Auditoría establece de manera clara las responsabilidades y roles de las siguientes seis (6) grupos o instancias específicas, lo que fortalece la articulación, la corresponsabilidad y la gobernanza del sistema de Control Interno

- **Comité Institucional de Control Interno:** De acuerdo con las funciones establecidas en el Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto Nacional 1083 de 2015, adicionado por el Artículo 4 del Decreto Nacional 648 de 2017, y la Resolución Interna 0311 de 2018.

- **Secretaría de Despacho:** Responsable del establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno (Artículo 6 de la Ley 87 de 1993). En este sentido, se refiere al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- **Responsables de Proceso y/o Subsecretarías(os), Direcciones(es), Jefaturas(es) de Oficina y Asesorías(es):** Sus responsabilidades incluyen colaborar en los trabajos de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno para el cumplimiento del objetivo y alcance, la suscripción de la carta de representación, e implementar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultantes de la actividad de Auditoría Interna, entre otras.
- **Oficina de Control Interno:** En coherencia con las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y los roles asignados por el Decreto Nacional 648 de 2017.
- **Autoridad de la Oficina de Control Interno:** Específicamente en relación con las responsabilidades de los auditores.
- **Auditores Externos:** Se observa que en la vigencia se contrataron por medio de Contratos de Prestación de Servicios Profesionales.

Finalmente, y conforme con las políticas internas y el enfoque de mejoramiento continuo, la Entidad se encuentra adelantando la actualización de la documentación del proceso de auditoría interna, con el propósito de alinearla a las buenas prácticas internacionales y a la actualización del marco internacional para la práctica profesional de auditoría Interna, consolidando así la madurez, efectividad y el valor estratégico de la función de Control Interno.

VI. Cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo

Durante el segundo semestre de 2025, la Oficina de Control Interno identificó, a través de un informe de auditoría, situaciones de incumplimiento que configuran riesgos críticos para la entidad, de acuerdo con la Política de Administración del Riesgo vigente. Dichos hallazgos, junto con sus impactos potenciales y las recomendaciones orientadas a su mitigación, fueron comunicadas oportunamente a la Alta Dirección, a la Oficina de Control Interno Disciplinario Interno (OCDI) y a los responsables de los procesos involucrados. En la Tabla No. 4 se presentan en detalle los casos identificados:

Tabla No. 4. Incumplimientos notificados a la OCDI.

Hallazgo	Auditoría	Descripción del hallazgo	Memorando
I-01-GTH-2025	AC: Auditoría Interna de Cumplimiento Gestión de Talento Humano, primer ciclo 2025	Omisión en declarar un posible impedimento en la Comisión de Personal por conflicto de roles.	3-2025-001817

Hallazgo	Auditoría	Descripción del hallazgo	Memorando
I-09-Varios-2025	AC: Auditoría Interna de Cumplimiento Gestión de Talento Humano, primer ciclo 2025	Extemporaneidad en la Gestión de las Evaluaciones de Desempeño Laboral (EDL) Definitivas (Periodo 2024).	3-2025-001817
I-13-GTH-2025	AC: Auditoría Interna de Cumplimiento Gestión de Talento Humano, primer ciclo 2025	Inoportunidad del Registro de Novedades de Carrera Administrativa en el RPCA	3-2025-001817

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con memorandos de comunicación de las Auditorías realizadas.

Estos incumplimientos se consideran como riesgos críticos en la medida en que afectan de manera directa los principios esenciales de transparencia, la rendición de cuentas y el adecuado control sobre la gestión institucional. Asimismo, limitan el seguimiento efectivo a las políticas de austeridad y desarrollo institucional, y debilitan la gestión de los recursos públicos. La ausencia de informes publicados, de actos administrativos que respalden los procedimientos o de mecanismos de control actualizados incrementa de forma significativa la exposición a irregularidades en la gestión, a la adopción de decisiones con información incompleta y a eventuales consecuencias disciplinarias, lo cual afecta la integridad y credibilidad de la SDMujer.

En este contexto, resulta prioritario que los procesos involucrados fortalezcan sus esquemas de control mediante la implementación de mecanismos de monitoreo y seguimiento permanente a las acciones correctivas, con el propósito de prevenir la recurrencia de estas situaciones y garantizar una supervisión oportuna, efectiva y alineada con el Sistema de Control Interno.

Evaluación de la Política de Administración de Riesgos de la SDMujer

Durante el segundo semestre de 2025, la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer) fue presentada, analizada y aprobada en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en su sesión No.3 del 29 de septiembre de 2025. En esta actualización se introdujeron ajustes sustantivos a la introducción, objetivo, la declaración de la política, el marco normativo y las condiciones generales, con el propósito de fortalecer su claridad, coherencia y alineación institucional.

Conforme al Plan Anual de Auditorías, la oficina de control interno realizó dicha evaluación en el mes de diciembre, en el marco del informe denominado “Evaluación de la gestión de riesgos institucional”. Resultados En cumplimiento de su rol de evaluación independiente y enfoque preventivo, la Oficina de Control Interno analizó la gestión del riesgo institucional de la Secretaría Distrital de la Mujer, verificando la estructura, documentación y operación de los veintitrés (23) procesos registrados en el Sistema Integrado de Gestión “Lucha”, así como los riesgos asociados a gestión, corrupción, fiscales y SARLAFT, bajo un enfoque integral y alineado con la normativa vigente.

Adicionalmente, se incorporó un nuevo apartado y principios, que define de manera explícita la orientación estratégica de la política, así como una sección de actualización y mejora continua, en la cual se establecen los criterios claros sobre la periodicidad, responsables y mecanismos de revisión, consolidando un enfoque dinámico y evolutivo de la gestión del riesgo.

Por otra parte, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías y en ejercicio del rol de evaluación independiente, asesoría y enfoque preventivo, la Oficina de Control Interno realizó en diciembre de 2025 la evaluación de la Política y de la gestión del riesgo institucional, en el marco del informe denominado “Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional”. Esta evaluación tuvo como objetivo generar valor a la entidad, fortaleciendo la toma de decisiones, la prevención de riesgos y la mejora continua del Sistema de Control Interno.

Como parte de esta labor la OCI analizó de manera integral la estructura, documentación y operación de los veintitrés (23) procesos registrados en el Sistema Integrado de Gestión Lucha- Kawak, así como los riesgos de gestión, corrupción, fiscales y SARLAFT, verificando su alineación con la normatividad vigente y con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En el marco de la Auditoría de Cumplimiento denominada "Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública 2025", la OCI evaluó una muestra representativa de 54 controles, evidenciando que la entidad cuenta con un esquema formal y funcional de administración de riesgo, que garantiza la trazabilidad, seguimiento y el control sistemático a nivel de proceso y de manera consolidada.

Como resultado, se verificó la ejecución efectiva de 26 controles, el adecuado diseño de 14 controles y el registro oportuno de evidencias de 49 controles, así como la identificación de fuentes documentales formales en 46 de ellos, lo que fortalece la transparencia, la responsabilidad y la articulación con los procesos institucionales.

En conclusión, la Oficina de Control Interno evidenció avances significativos en la madurez de la gestión del riesgo institucional, reflejados en la efectividad de los controles, la asignación de responsabilidades, la periodicidad definida y el seguimiento permanente, consolidando una base sólida para la prevención y mitigación de riesgos y el fortalecimiento continuo de del Sistema de Control Interno.

En relación con la integración de la administración de riesgos de la SDMujer al Sistema de Control Interno de la Entidad, se identificaron los siguientes resultados:

Tabla No.5. Integración de la gestión del riesgo en el Sistema de Control Interno de la SdMujer.

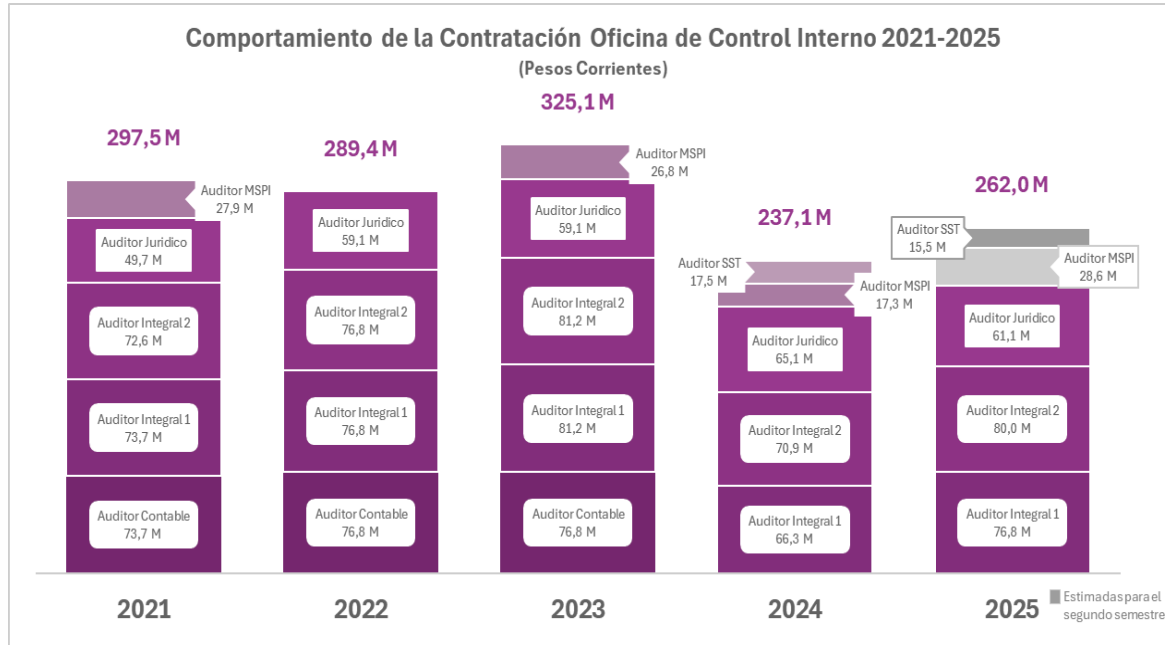
Componente	Observaciones
Política de Administración de Riesgos	Actualizada a la versión 9 el 30 de septiembre de 2025.
Mapa de Riesgos (Gestión y Corrupción).	Publicado y actualizado en Kawak-Lucha; permite realizar un monitoreo continuo y transparente.
Auditorías basadas en riesgos.	Se ejecutó el 100% de las auditorías programadas para la vigencia, evidenciando una adecuada planeación y gestión del Plan Anual de Auditoría. En particular durante el segundo semestre se desarrolló el 60% de las auditorías tales como: Prevención y Atención a Mujeres Víctimas de Violencias, Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres, Arquitectura Empresarial.
Documentación de riesgos en procesos	Se debe garantizar el registro adecuado de los riesgos y controles de los procesos, con el fin de prevenir posibles irregularidades.
Trazabilidad y formalización de controles	Se identificaron controles sin evidencias (6 casos) y no formalizados (1 caso); requieren monitoreo y supervisión.
Seguimiento cuatrimestral de riesgos	Se evidenciaron debilidades en el seguimiento cuatrimestral de los riesgos, lo cual limita la validación oportuna de actualización de controles.
Materialización de Riesgos	Con base en los reportes de la segunda línea de defensa, se confirmó la materialización del riesgo de gestión ID 2248 por pérdida de documentos en la CIOM Mártires. En respuesta, el proceso de Gestión Documental activó oportunamente el plan de contingencia para la reconstrucción documental, el cual presenta un avance del 40% y cuenta con seguimiento a través del Sistema Integrado de Gestión, fortaleciendo el control y la trazabilidad el riesgo.

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con información de las Auditorías realizadas por la OCI.

En conclusión, si bien los pilares fundamentales de la gestión del riesgo (política, mapa y auditorías) ya están instaurados y se encuentran implementados y en proceso de implementación en la SdMujer, resulta estratégico complementar y fortalecer los aspectos identificados como oportunidades de mejora con el fin de lograr una integración efectiva consistente y sostenible de la gestión del riesgo dentro del Sistema de Control Interno, en beneficio de la toma de decisiones, la prevención de riesgos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

Entre las vigencias 2021 y 2025, la Oficina de Control Interno (OCI) ha registrado variaciones presupuestales relevantes, asociadas tanto a decisiones de ajustes fiscales como de cambios en el contexto institucional y estratégico de la Administración Distrital. El comportamiento histórico evidencia un punto máximo en el 2023 con una asignación de \$325,1 millones, seguido de una reducción significativa en 2024 del 27% hasta \$237,1 millones en el marco del cambio del gobierno, los procesos de armonización presupuestal y la adopción de medidas de austeridad.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo con registros de contrataciones 2021-2025 en la SdMujer.

En este contexto de presupuesto ajustado, se priorizó mantener un equipo de tres auditores: dos con un perfil integral para fortalecer la capacidad operativa, y uno especializado en análisis normativos, legales y jurídicos. Es importante destacar que los honorarios de este personal se ajustan a los lineamientos vigentes de la Secretaría Distrital de la Mujer y de la Administración Distrital.

Para la vigencia 2025, el gasto proyectado refleja una reducción acumulada del 12 % frente a 2021, lo cual da cuenta de un esfuerzo sostenido de la OCI por optimizar y racionalizar el uso de los recursos, garantizando la continuidad de sus funciones misionales en un entorno de restricción presupuestal. Este comportamiento pone de manifiesto la capacidad de adaptación de la Oficina, pero también delimita un umbral crítico para la sostenibilidad de su operación.

En este contexto, la OCI priorizó la conformación de un equipo mínimo estratégico de tres auditores: dos con perfil integral orientados a fortalecer la capacidad operativa transversal y uno con especialización en análisis normativo, legal y jurídico. Los honorarios asociados se encuentran asociados con los lineamientos vigentes de la Secretaría distrital de la Mujer y de la Administración Distrital, asegurando coherencia institucional y austeridad responsable.

Esta estrategia busca la necesidad de garantizar el cumplimiento de los compromisos definidos en el Plan Anual de Auditorías Internas, así como asegurar el cumplimiento de deberes normativos clave para la SDMujer. Entre estos deberes se incluyen, por ejemplo, la Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme al Artículo 2.2.4.6.29 del Decreto 1072 de 2015, y la verificación de los estándares de Seguridad de la Información, según el Artículo 15 de la Resolución 500 de 2021, además de otros marcos regulatorios aplicables.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76
Torre 1 (Aire) Piso 9
PBX: 3169001

www.sdmujer.gov.co

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:
servicioalciudadania@sdmujer.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Con lo anterior se pretende dar cumplimiento a:

- Cierre de Brechas FURAG: Implementar el 100% de los planes de gestión, auditando los procesos críticos anualmente.
- Índice de Gestión Pública Distrital (meta de 92 puntos): La estabilidad presupuestal y el cumplimiento normativo aportarán +8 puntos al índice, contribuyendo a la meta institucional, con efectos directos en transparencia eficiencia y confianza ciudadana.

Es así como, la proyección presupuestal para el periodo 2026-2028 no responde únicamente a obligaciones legales y técnicas, sino que constituye un pilar esencial para proteger los avances alcanzados y evitar retrocesos en la madurez del sistema de Control Interno. Garantizar los recursos para contratar auditores no es solo una necesidad operativa, sino un imperativo en la gestión institucional. Su ausencia no solo pone en riesgo el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo, sino que también socava la transparencia, la resiliencia institucional y la confianza ciudadana.

En un escenario con recursos limitados, la OCI orientará su actuación hacia la maximización del impacto institucional, priorizando las siguientes estrategias:

- Focalización en procesos misionales críticos y riesgos altos: Ajuste del plan anual de auditoría interna (PAAI) para concentrar esfuerzos en los procesos estratégicos de la SDMujer con mayor riesgo inherente y residual.
- Auditorías Integrales con Enfoque en Valor Tangible: ejecución de auditorías que integren cumplimiento, gestión del riesgo y eficiencia operativa, optimizando el uso del talento humano y evitando duplicidades.
- Priorización de Auditorías: Se garantizará el 100% de las auditorías de obligatorio cumplimiento legal y priorización posterior de aquellas que impacten directamente a:
 - El cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo (ej., cierre de brechas FURAG).
 - La mejora del Índice de Gestión Pública Distrital, mediante la identificación de oportunidades en eficiencia y transparencia.

Este enfoque permite transformar las restricciones presupuestales en una oportunidad para fortalecer la efectividad del control interno, concentrando los recursos en lo esencial, eliminando redundancias y asegurando que cada auditoría genere valor real para la gestión institucional. La OCI reafirma así su rol como aliado estratégico de la Alta Dirección, garantizando resultados sin comprometer la calidad y la independencia.

VIII. Conclusiones

La evaluación semestral de los instrumentos técnicos y administrativos de la función de auditoría interna evidencia que la Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con una estructura formal y funcional del sistema de Control Interno, que permite ejercer las funciones de evaluación independiente, asesoría y acompañamiento de la cultura del control

Durante el segundo semestre de 2025, la Oficina de control Interno conservó un desempeño consistente en el cumplimiento de los roles que le asigna la normatividad vigente, esto reflejado en la ejecución del Plan Anual de Auditoría. Estos trabajos de auditoría han contribuido a la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas.

La gestión de riesgos presenta avances significativos en términos de madurez, lo cual se evidencia en la actualización de la política, la coherencia del mapa de riesgos y la articulación entre las líneas de defensa. Sin embargo, se evidencian falencias en la formalización de controles, persisten brechas en el diseño y operación del control, así como la asignación de responsables y el cargue oportuno de las evidencias en el aplicativo dispuesto por la entidad, aspectos que se reflejan en la capacidad para demostrar cumplimiento.

Las auditorías basadas en riesgos realizadas a los procesos misionales confirman logros importantes en la implementación de las políticas públicas. A su vez, se evidencian oportunidades de mejora relacionada con la medición de resultados, la gestión de la información elementos clave para evidenciar los resultados esperados.

Finalmente, el análisis de la capacidad operativa de la Oficina de Control Interno pone de manifiesto que, pese a los esfuerzos de optimización y austeridad, la restricción de recursos humanos y presupuestales se consideran como un factor crítico de riesgo para la cobertura, oportunidad de los trabajos de aseguramiento, lo cual podría verse reflejado en el cumplimiento de obligaciones legales y el cierre de brechas

Enero 2026

Oficina de Control Interno