


	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



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

**TABLA DE CONTENIDO**



<b>1. DESCRIPCIÓN GENERAL .....</b>	<b>4</b>
1.1. <i>Criterios de Auditoría .....</i>	5
1.2. <i>Metodología.....</i>	6
<b>2. LIMITACIONES.....</b>	<b>7</b>
<b>3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA .....</b>	<b>7</b>
3.1. <i>PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP).....</i>	14
3.1.1. <i>Modificaciones y ajustes al PTEP en el III Cuatrimestre del 2025.....</i>	14
3.1.2. <i>Lineamientos: Anexo Técnico Programa de Transparencia y Ética Pública (Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República).....</i>	16
3.1.3. <i>Seguimiento y monitoreo al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).....</i>	19
3.1.3.1. <i>Oportunidad de mejora (OM-01-MI-2026): Fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa al PTEP. ....</i>	19
3.1.3.1.1. <i>Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación .....</i>	21
3.1.4. <i>Ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública V2025.....</i>	21
3.1.4.1. <i>Cumplimiento (C): Ejecución total de los componentes del PTEP.....</i>	23
3.1.4.2. <i>Oportunidad de mejora (OM-10-RC-2026): Fortalecer la programación de las actividades del PTEP conforme a la meta/ producto establecido. ....</i>	23
3.1.4.2.1. <i>Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación .....</i>	24
3.1.4.3. <i>Oportunidad de mejora (OM-02-RC-2026): Cumplimiento extemporáneo de actividades propuestas en el PTEP.....</i>	25
3.1.4.3.1. <i>Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación .....</i>	26
3.1.4.4. <i>Oportunidad de mejora (OM-03-GTH-2026): Coherencia de las evidencias aportadas con el medio de verificación propuesto por el proceso. ....</i>	27
3.1.4.4.1. <i>Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación .....</i>	28
3.1.4.4.2. <i>Respuesta del auditado: Dirección de Talento Humano .....</i>	29
3.1.4.5. <i>Incumplimiento (I-02-GC-2026): Deficiencias en la ejecución de las actividades 2.1 y 3.1 del componente 9 del PTEP. ....</i>	30
3.1.4.5.1. <i>Respuesta del auditado: Oficina Asesora de Planeación .....</i>	30
3.1.4.5.2. <i>Respuesta del auditado: Dirección de Contratación.....</i>	31
3.2. <i>EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES.....</i>	32
3.2.1. <i>Cumplimiento (C): Aplicación de la estructura “Posibilidad de” en la formulación de los riesgos .....</i>	32

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

3.2.2.	Oportunidad de mejora (OM-04-Varios-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. ....	34
3.2.2.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	45
3.2.2.2.	Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno. ....	47
3.2.2.3.	Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano .....	47
3.2.2.4.	Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación .....	48
3.2.2.5.	Respuesta del Auditado: Subsecretaria de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades.....	49
3.2.2.6.	Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema de Cuidado.....	51
3.2.2.7.	Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica .....	52
3.2.2.8.	Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento.....	54
3.2.2.9.	Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación .....	55
3.2.3.	Cumplimiento (C): Publicación del mapa de riesgos en el aplicativo LUCHA. ....	55
3.2.4.	Cumplimiento (C): Controles con soporte de ejecución registrado en el aplicativo LUCHA. ....	55
3.2.5.	Oportunidad de mejora (OM-05-Varios-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. ....	56
3.2.5.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	69
3.2.5.2.	Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno. ....	70
3.2.5.3.	Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano .....	70
3.2.5.4.	Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación .....	72
3.2.5.5.	Respuesta del Auditado: Subsecretaria de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades.....	72
3.2.5.6.	Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema de Cuidado.....	75
3.2.5.7.	Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica .....	76
3.2.6.	Oportunidad de Mejora (OM-06-GTH-2026): Debilidades en la Asignación de Responsabilidades para la ejecución y seguimiento de los controles. ....	77
3.2.6.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	78
3.2.6.2.	Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano .....	79
3.2.7.	Oportunidad de mejora (OM-07-Varios-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. ....	80
3.2.7.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	81
3.2.7.2.	Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno. ....	83
3.2.7.3.	Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano .....	83
3.2.7.4.	Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación .....	84
3.2.7.5.	Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica .....	84
3.2.7.6.	Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento.....	86
3.2.7.7.	Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación .....	88
3.2.8.	Oportunidad de mejora (OM-08-Varios-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida. ....	90
3.2.8.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	92



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

3.2.8.2.	Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica .....	93
3.2.8.3.	Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación .....	95
3.2.9.	Incumplimiento (I-03-Varios-2026): No se efectuó el cargue del soporte cuatrimestral de seguimiento a riesgos. ....	95
3.2.9.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación.....	99
3.2.9.2.	Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano .....	99
3.2.9.3.	Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación .....	102
3.2.9.4.	Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica .....	103
3.2.9.5.	Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento.....	104
3.2.9.6.	Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación .....	106
3.2.10.	Oportunidad de Mejora (OM-09-GPP-2026): Riesgo de corrupción sin controles formulados en el aplicativo Kawak.....	109
3.2.10.1.	Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación .....	110
<b>4.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>111</b>
<b>5.</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>112</b>
<b>6.</b>	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO .....</b>	<b>114</b>
6.1.	<i>Evaluación de efectividad planes de mejoramiento.....</i>	<i>114</i>
<b>7.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>116</b>
<b>8.</b>	<b>FIRMAS .....</b>	<b>116</b>

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

## 1. DESCRIPCIÓN GENERAL

<b>VIGENCIA</b>	2025
<b>TÍTULO DE LA AUDITORÍA</b>	Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025
<b>TIPO DE AUDITORÍA</b>	Auditoría de Cumplimiento
<b>UNIDAD (ES) AUDITADABLE(S)</b>	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 Proceso de Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres 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
<b>RESPONSABLE (S)</b>	<b>OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN- Segunda Línea</b> Asesora de Comunicaciones Dirección de Gestión del Conocimiento



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

	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
<b>OBJETIVO</b>	Verificar la ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública en la Secretaría Distrital de la Mujer para el III cuatrimestre de 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 corrupción.
<b>ALCANCE</b>	III Cuatrimestre de la vigencia 2025.
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	13 de abril al 06 de mayo del 2026
<b>EQUIPO AUDITOR<sup>1</sup></b>	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 a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”

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



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

- 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”
- Manual operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG (3.2.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos), versión 6.1, febrero de 2026.
- 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 - V3
- 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 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 3-2026-000657 del 13/04/2026 para adelantar la evaluación de la gestión de riesgos institucionales 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

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

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 tercer 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.



Por último, se llevó a cabo la revisión y análisis de la información de las acciones cerradas en el módulo de mejoramiento continuo del aplicativo LUCHA con corte del 24 de abril del 2026, con el fin de verificar la efectividad de las acciones propuestas en función de que las situaciones problemáticas identificadas no persistan en el tiempo.

## 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 AUDITORÍA

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



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

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	4	Cumplimiento (C): Ejecución total de los componentes del PTEP	Mejoramiento Institucional Relacionamiento con la Ciudadanía Dirección de Territorialización de Derechos y Participación Dirección de Sistema de Cuidado	C3. Actividades de Control.
		Cumplimiento (C): Aplicación de la estructura "Posibilidad de" en la formulación de los riesgos	Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de Derechos Humanos de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Talento Humano Gestión Administrativa Gestión Jurídica Direccionamiento Estratégico Gestión Financiera Mejoramiento Institucional	C2. Evaluación de riesgo

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	
		<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
		Cumplimiento (C): Publicación del mapa de riesgos en el aplicativo LUCHA.	Mejoramiento Institucional	C1. Ambiente de Control
		Cumplimiento (C): Controles con soporte de ejecución registrado en el aplicativo LUCHA.	Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de Derechos Humanos de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Talento Humano Gestión Administrativa Gestión Jurídica Direccionamiento Estratégico Gestión Financiera Mejoramiento Institucional	C2. Evaluación de riesgo
Incumplimientos	2	Incumplimiento (I-02-GC-2026): Deficiencias en la ejecución de las actividades 2.1 y 3.1 del componente 9 del PTEP	Gestión Contractual	C3. Actividades de Control
		Incumplimiento (I-03-Varios-2026): No se efectuó el cargue del soporte cuatrimestral de seguimiento a riesgos.	Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de Derechos Humanos de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para	C2. Evaluación de riesgo

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
			los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Talento Humano Gestión Administrativa Gestión Jurídica Direccionamiento Estratégico Gestión Financiera	
Oportunidades de Mejora	10	Oportunidad de mejora (OM-01-MI-2026): Fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa al PTEP	Mejoramiento Institucional	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-02-RC-2026): Cumplimiento extemporáneo de actividades propuestas en el PTEP	Relacionamiento con la Ciudadanía	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-03-GTH-2026): Coherencia de las evidencias aportadas con el medio de verificación propuesto por el proceso.	Gestión Talento Humano	C3. Actividades de Control
		Oportunidad de mejora (OM-04-Varios-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.	Gestión Disciplinaria Relacionamiento con la Ciudadanía Desarrollo de Capacidades para la vida de las Mujeres Gestión del Sistema Distrital del Cuidado Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de los Derechos Humanos de	C2. Evaluación de riesgo

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	



Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
			<p>las Mujeres Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres Gestión Talento Humano Gestión Administrativa Gestión Jurídica Direccionamiento Estratégico Evaluación Independiente de la Gestión Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres Gestión Financiera Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres Gestión Contractual Comunicación Estratégica Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional diferencial en el Distrito Capital Gestión de Políticas Públicas</p>	
		<p>Oportunidad de mejora (OM-05-Varios-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del</p>	<p>Gestión del Sistema Distrital de Cuidado Gestión Administrativa Gestión Financiera Desarrollo de Capacidades para la</p>	<p>C2. Evaluación de riesgo</p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
		Departamento Administrativo de la Función Pública.	Vida de las Mujeres Gestión del Sistema Distrital de Cuidado Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Talento Humano Gestión Jurídica Gestión Disciplinaria Direccionamiento Estratégico Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres Comunicación Estratégica Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital Evaluación Independiente de la Gestión Relacionamiento con la Ciudadanía	
		Oportunidad de Mejora (OM-06-GTH-2026): Debilidades en la Asignación de Responsabilidades para	Gestión Talento Humano	C2. Evaluación de riesgo

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
		la ejecución y seguimiento de los controles.		
		Oportunidad de mejora (OM-07-Varios-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.	Gestión Disciplinaria Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de Derechos Humanos de las Mujeres Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Talento Humano Gestión Administrativa Gestión Jurídica Gestión Administrativa Gestión Financiera	C2. Evaluación de riesgo
		Oportunidad de mejora (OM-08-Varios-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres Gestión Contractual Gestión Jurídica Gestión Administrativa Gestión Financiera	C2. Evaluación de riesgo
		Oportunidad de Mejora (OM-09-GPP-2026): Riesgo de corrupción sin controles formulados en el aplicativo Kawak.	Gestión de Políticas Públicas	C2. Evaluación de riesgo
		Oportunidad de Mejora (OM-10-RC-2026): Fortalecer la programación de las actividades del PTEP	Relacionamiento con la Ciudadanía	C3. Actividades de Control

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Tipo de resultado	Cantidad	Referenciación	Proceso / Dependencia	Componente SCI
		conforme a la meta/ producto establecido		
<b>TOTAL:</b>	<b>16</b>			

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 ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública de la Entidad para la Vigencia 2025, encontrando lo siguiente:

#### **3.1.1. Modificaciones y ajustes al PTEP en el III Cuatrimestre del 2025.**

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 evidenció que la Secretaría Distrital de la Mujer se encuentra 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, de las cuales dos (2) de ellas se llevaron a cabo en el III Cuatrimestre de la vigencia, lo cual posibilita contar 6 versiones, dadas las solicitudes de ajustes realizadas por las dependencias de la Entidad mediante correo electrónico y aprobadas por la Oficina Asesora de Planeación así:

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



**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 (20/04/2026)

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 que en la etapa de modificación o reformulación se establece que *“dicho instrumento se formula una única vez y, de acuerdo con los resultados de la auditoría al*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

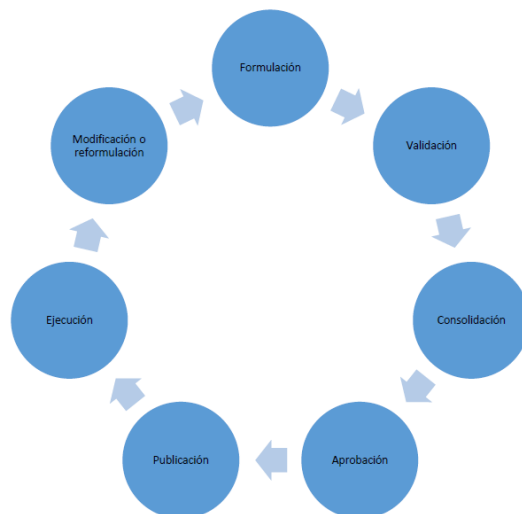
*Programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones.”* Por lo anterior, será importante que se tomen las acciones pertinentes para dar cumplimiento a los lineamientos que establece la normatividad aplicable, de tal forma que se responda a un programa y no a un plan de acción por vigencia como se viene manejando a la fecha desde la Entidad, el cual no esté sujeto a múltiples modificaciones durante la vigencia, sino por el contrario, estas respondan a necesidades por cambios en la administración distrital.



**3.1.2. 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 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 la vigencia 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.**



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



**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.

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
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.
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 <u>ser sometido a un periodo de consulta pública de 15 días calendario en la sede electrónica de la Entidad.</u>
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 <u>Comité Institucional de Gestión y Desempeño</u> , 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 <u>garantizar que las acciones del Programan estén contempladas en el Plan de Acción.</u>
Modificación o reformulación	<u>El Programa de Transparencia y Ética Pública se formula una vez y</u> , 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:

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

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

COMPONENTES:	ACCIONES
Componente Transversal	<b>1) Declaración:</b> 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
	<b>2) Objetivos:</b> 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.
	<b>3) Alcance:</b> 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
	<b>4) Planeación:</b> 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 Dirección Estratégico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
	<b>5) Monitoreo, administración y supervisión:</b> 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.
	<b>6) Reportes:</b> 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.
	<b>7) Formación:</b> 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.
	<b>8) Comunicación:</b> la entidad debe definir los mecanismos a través de los cuales comunicara a sus grupos de interés externos el Programa.
	<b>9) Auditoría y mejora:</b> 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
Componente programático (Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción)	<b>1) Administración de Riesgos:</b> Contempla cuatro (4) aspectos a saber: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de riesgos para la integridad pública</li> <li>▪ Gestión de riesgos LA/FT/FP</li> <li>▪ Canales de denuncia</li> <li>▪ Debida diligencia</li> </ul>
	<b>2) Redes y articulación:</b> Contempla dos (2) aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redes internas</li> <li>▪ Redes externas</li> </ul>

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

COMPONENTES:	ACCIONES
	<p><b>3) Modelo de Estado Abierto:</b> Contempla tres (3) aspectos a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acceso a la información pública y transparencia</li> <li>▪ Integridad pública y cultura de la legalidad</li> <li>▪ Dialogo y corresponsabilidad</li> </ul> <p><b>4) Iniciativas adicionales:</b> 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</p>

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



### **3.1.3. 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. 3-2026-000699 del 20/04/2026 la información soporte, obteniendo como resultado lo siguiente:

#### **3.1.3.1. Oportunidad de mejora (OM-01-MI-2026): 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 cuatro (4) actividades analizadas. Esta situación revela una debilidad en el monitoreo de la Segunda Línea de Defensa, manifestada en los siguientes puntos:

- **Actividad 6.1 del componente 2 (Cuatrimestre III del 2025):** Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identifica que la misma se ejecutó de manera extemporánea, dado que estaba programada para cumplirse en el mes de agosto de la vigencia. 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 2.3 del componente 7 (Cuatrimestre III del 2025):** Se evidenció que el código de integridad se remitió por correo electrónico, sin embargo, no se llevó a cabo la jornada de socialización propuesta en la actividad, por lo cual, se debió generar estas alertas por parte de la segunda línea al proceso.
- **Actividad 2.1 del componente 9 (Cuatrimestre III del 2025):** Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identificó que las mismas no son

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

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.

- Actividad 3.1 del componente 9 (Cuatrimestre III del 2025):** Si bien se reconoce que el proceso aporta evidencias de la ejecución de la actividad, se identificó que no se cuenta con soportes que permitan validar el seguimiento efectuado a las acciones propuestas como plan de trabajo, por lo cual, estas no son suficientes ni acordes con la acción propuesta. 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 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. Así como, 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.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

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

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“La Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las responsabilidades de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos establecidos por Secretaría de Transparencia para la actualización del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, ya fueron implementadas acciones de fortalecimiento orientadas a mejorar el monitoreo y seguimiento de las actividades del programa.*

*En este sentido, durante la nueva construcción y actualización del PTEP se ajustaron tanto la estructura metodológica como los mecanismos de reporte y seguimiento, incorporando controles más robustos para el monitoreo de las actividades programadas. Así mismo, se diseñó e implementó una matriz de seguimiento que permite realizar verificación periódica del avance de las actividades, control de evidencias y validación del cumplimiento de los criterios y periodicidades establecidas para cada reporte.*



*Adicionalmente, desde la segunda línea de defensa se viene efectuando seguimiento preventivo a la calidad y suficiencia de las evidencias aportadas por los procesos y dependencias responsables, promoviendo la trazabilidad de la información, el fortalecimiento del autocontrol y el cumplimiento de los principios de mejora continua.*

*Por lo anterior, se considera que la oportunidad de mejora se encuentra en proceso de fortalecimiento y ya presenta avances verificables, mediante las acciones institucionales implementadas en la actualización del PTEP, documentación mediante procedimiento y en el fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo y control actualmente aplicados, razón por la cual no se contemplan acciones adicionales debido a que las mismas constituyen un avance en el fortalecimiento del monitoreo; no obstante, se continuará realizando seguimiento a su efectividad.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se evidencia que la Oficina Asesora de Planeación ha venido implementando acciones de fortalecimiento orientadas a mejorar el monitoreo y seguimiento de las actividades del programa, sin embargo, se mantiene la oportunidad de mejora, en función de que se sigan tomando las acciones pertinentes de tal forma que se garantice la generación de alertas tempranas por parte de la segunda línea para el cumplimiento de las acciones propuestas en el Programa de Transparencia y Ética Pública de la Entidad.

### 3.1.4. **Ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública V2025.**

La Oficina de Control Interno conforme lo dispuesto en el artículo 2.1.4.6. del Decreto 1081 de 2015, efectuó seguimiento a (64) actividades que tenían programada ejecución en el tercer cuatrimestre de

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

la vigencia, equivalentes al 85% 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	9
C2. Rendición de Cuentas	11	8
C3. Atención a la ciudadanía	16	15
C4. Racionalización de trámites	2	1
C5. Apertura de información y datos abiertos	9	8
C6. Participación e innova en la Gestión Pública	5	5
C7. Promoción de la integridad y ética pública	14	12
C8. Gestión de riesgos de corrupción- Mapas de riesgos	6	4
C9. Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos	3	2
<b>TOTAL DE ACTIVIDADES</b>	<b>75</b>	<b>64</b>

**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:

**Tabla 6. Resultados porcentuales y total acumulado por componente**

COMPONENTE	I CUATRIMESTRE	II CUATRIMESTRE	III CUATRIMESTRE	TOTAL AVANCE POR COMPONENTE
Componente 1. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	19,37%	16%	61%	96,37%
Componente 2. Rendición de Cuentas	25%	13%	57%	95%
Componente 3. Mecanismos para mejorar la Atención a la Ciudadanía	15%	34%	50%	99,00%
Componente 4. Racionalización de Trámites	0%	75%	25%	100%

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

COMPONENTE	I CUATRIMESTRE	II CUATRIMESTRE	III CUATRIMESTRE	TOTAL AVANCE POR COMPONENTE
Componente 5. Apertura de Información y Datos Abiertos	18%	46%	35%	99,00%
Componente 6. Participación e Innovación en la Gestión Pública	12%	34%	54%	100%
Componente 7. Promoción de la Integridad y la Ética Pública	13%	29%	57%	99,00%
Componente 8. Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapas de Riesgo	39%	14%	47%	100%
Componente 9. Medidas de debida Diligencia y Prevención de Lavado de Activos	0%	33%	27%	<b>60,00%</b>
<b>TOTAL DE AVANCE</b>	<b>15,71%</b>	<b>33%</b>	<b>47%</b>	<b>94,26%</b>

**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 del presente informe.

De acuerdo con lo anterior, es posible inferir que se logró el cumplimiento total del **94,26%** del Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia 2025, si bien es un avance positivo, en el proceso de verificación adelantado por la Oficina de Control Interno se identificaron aspectos a mejorar como los siguientes:



#### **3.1.4.1. Cumplimiento (C): Ejecución total de los componentes del PTEP**

De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno a las evidencias reportadas para el tercer cuatrimestre del 2025 del PTEP por parte de los procesos, se observó que los siguientes componentes lograron una ejecución total del 100% de las actividades propuestas conforme a la programación:

- Componente 4. Racionalización de Trámites
- Componente 6. Participación e Innovación en la Gestión Pública
- Componente 8. Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapas de Riesgo

#### **3.1.4.2. Oportunidad de mejora (OM-10-RC-2026): Fortalecer la programación de las actividades del PTEP conforme a la meta/ producto establecido.**

**Condición:** De acuerdo con el análisis efectuado por la Oficina de Control Interno a la actividad 3.3 del componente 2 "Rendición de Cuentas", se aportó acta del 23/04/2025 sobre Mesa de enlaces MIPG - Compromisos Rendición de cuentas 2021- 2022 Diálogos Ciudadanos. En este documento,

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

se informa que los compromisos adquiridos para esas vigencias fueron culminados en su totalidad, por lo cual no se requiere la actualización adicional de la matriz de seguimiento de compromisos.

Por lo anterior, durante los cuatrimestres II y III no se adicionan evidencias distintas a las aportadas en el primer cuatrimestre. En ese sentido, se invita al proceso responsable a fortalecer la programación de las actividades a cargo en el Programa de Transparencia y Ética Pública para evitar la materialización de incumplimientos.

**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.

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

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Es importante señalar que, en el marco de las responsabilidades asignadas a la Oficina Asesora de Planeación y bajo los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la programación de la actividad se estructuró considerando la naturaleza dinámica de los ejercicios de rendición de cuentas.*

*En este sentido, se previó que los espacios de rendición de cuentas, incluyendo la audiencia pública y los diálogos ciudadanos, pudieran derivar en compromisos institucionales adicionales producto de la participación ciudadana y de los ejercicios de diálogo con grupos de valor e interés. Por tal razón, no resultaba técnicamente conveniente realizar una reprogramación anticipada de la actividad, toda vez que no era posible determinar con precisión, previo al desarrollo de dichos espacios, si se generarían nuevos compromisos o acciones derivadas de las intervenciones ciudadanas.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



*No obstante, como buena práctica del proceso y en aplicación del enfoque preventivo y de mejora continua de la segunda línea de defensa, y dando cumplimiento al Decreto 1122 de 2024 de Presidencia de la República, en la actualización del Programa de Transparencia y Ética Pública, se efectuaron ajustes tanto en la definición de las actividades como en la programación de las mismas, con el propósito de fortalecer la trazabilidad, coherencia y oportunidad de los ejercicios de rendición de cuentas y participación ciudadana.*

*Por lo anterior, La Entidad implementó mecanismos de ajuste formal al PTEP durante la vigencia, precisamente para responder a dinámicas institucionales y necesidades emergentes de ejecución, en este sentido, solicitamos se evalúe el retiro del presente incumplimiento, considerando que la situación observada no obedeció a prácticas discrecionales ni a omisiones en la gestión del proceso, sino a un ejercicio técnico de planeación y anticipación frente a posibles compromisos derivados de los espacios de diálogo ciudadano y rendición de cuentas, en cumplimiento de los principios de participación incidente, mejora continua y gestión preventiva establecidos en MIPG”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con lo expuesto por la Oficina Asesora de Planeación, se reconoce que los espacios de rendición de cuentas establecidos en la actividad propuesta en el PTEP, incluyen los espacios de audiencia pública y los diálogos ciudadanos, frente a los cuales es posible la generación de compromisos institucionales adicionales producto de la participación ciudadana y de los ejercicios de diálogo con grupos de valor e interés, por lo cual, la programación de dicha actividad se efectuó para su desarrollo durante toda la vigencia. En razón a lo anterior, se **establece el hallazgo como una oportunidad de mejora**, dado que las acciones que sean propuestas bajo el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública deben responder a las dinámicas institucionales de la Entidad, así como deben contemplar una ejecución acorde y adecuada conforme a la programación establecida para su ejecución. En ese sentido, es importante tomar medidas que eviten que ocurra esta misma situación para el actual PTEP que tiene vigente la Secretaría Distrital de la Mujer.

**3.1.4.3. Oportunidad de mejora (OM-02-RC-2026): Cumplimiento extemporáneo de actividades propuestas en el PTEP.**

**Condición:** De acuerdo con el análisis adelantado por la Oficina de Control Interno, se identificó que la actividad 6.1. del componente 2 “Rendición de Cuentas” fue ejecutada por fuera de la programación establecida en el Programa de Transparencia y Ética Pública. Conforme a lo aprobado por el CIGD, su cumplimiento estaba previsto para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, sin embargo, es sólo hasta el 30/12/2025 que se efectúa la reunión propuesta como consta en acta aportada por el proceso. En esta reunión se realizó la socialización los nodos de Rendición de Cuentas, con el fin de fortalecer su comprensión, articulación y aplicación en el desarrollo de los ejercicios institucionales de transparencia y participación ciudadana.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Por lo anterior, es importante que se tomen acciones y medidas que permitan garantizar el cumplimiento oportuno de las actividades propuestas conforme a la programación establecida, evitando la materialización de incumplimientos y la ineffectividad de las acciones establecidas.

**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:** Posible falta de control y seguimiento de las actividades a cargo del proceso para su ejecución oportuna. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posible materialización de incumplimientos por la superación de fechas para el cumplimiento de las actividades propuestas en ciertos términos de tiempo, generando falta de confiabilidad en las acciones y su impacto para garantizar la transparencia en la Entidad.

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



De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente a la actividad relacionada, desde la Oficina Asesora de Planeación se adelantaron las acciones internas necesarias para garantizar su realización y cumplimiento, asegurando así el desarrollo del ejercicio institucional.*

*En este sentido, la reunión efectuada el 30 de diciembre de 2025 permitió llevar a cabo la socialización de los nodos de Rendición de Cuentas, fortaleciendo la comprensión, articulación y aplicación de estos lineamientos en los ejercicios institucionales de transparencia, participación ciudadana y diálogo con grupos de valor.*

*Así mismo, el análisis realizado sobre esta situación permitió identificar lecciones aprendidas y oportunidades de fortalecimiento en materia de programación, seguimiento y articulación de actividades. Como resultado de ello, durante la nueva construcción y actualización del PTEP, realizada conforme a los lineamientos emitidos por la Secretaria de Transparencia, se incorporaron ajustes metodológicos y nuevas actividades orientadas a responder de manera más efectiva a las dinámicas de gestión institucional relacionadas con la transparencia, integridad, participación ciudadana y ética pública.*

*De igual manera, se fortalecieron los mecanismos de monitoreo y seguimiento desde la segunda línea de defensa, incorporando controles preventivos como validación de evidencias y revisión periódica de avances, con el propósito de mejorar la oportunidad en el cumplimiento de las actividades programadas y mitigar riesgos asociados a posibles retrasos en su ejecución.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*Por lo anterior, se considera que la situación observada fue atendida mediante acciones de fortalecimiento institucional y mejora continua que fueron incorporadas en la actualización del PTEP y en los mecanismos de seguimiento actualmente implementados, razón por la cual no se contemplan acciones adicionales a las ya efectuadas.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, si bien no se desconoce que se dio cumplimiento a la actividad propuesta por parte de la Oficina Asesora de Planeación, ésta se dio de manera extemporánea, por lo cual, no se desvirtúa la condición del hallazgo propuesto. En ese sentido, **se mantiene la oportunidad de mejora** para que se tomen las acciones pertinentes para evitar que persista la problemática identificada en escenarios futuros.



**3.1.4.4. Oportunidad de mejora (OM-03-GTH-2026): Coherencia de las evidencias aportadas con el medio de verificación propuesto por el proceso.**

**Condición:** De acuerdo con la verificación adelantada por la Oficina de Control Interno (OCI) el 28/04/2026 al SharePoint para la Actividad 2.3. del Componente 7 ("Promoción de la Integridad y la Ética Pública") se evidenció 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: "Piezas gráficas de invitación, correos electrónicos de invitación, reporte de asistencia, y/o presentaciones realizadas en las jornadas de socialización del código de integridad de la entidad" (Subrayado fuera del texto).

Sin embargo, la evidencia aportada corresponde a un correo electrónico en el cual se remite el código de integridad a los funcionarios (as) para su lectura. Por lo anterior, si bien se reconoce que se remitió la información, no se llevó a cabo ninguna jornada de socialización con los miembros de la SdMujer como lo establece la actividad propuesta en el PTEP, por lo cual, se puede determinar que existió un cumplimiento parcial, dado que el soporte adjunto no guarda relación con el medio de verificación aprobado en el instrumento de planeación (Jornada de socialización).

**Criterio:** Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 7 "Promoción de la Integridad y la Ética Pública". El diseño metodológico del PTEP exige la coherencia entre la meta/producto de la actividad y el medio 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.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

**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.

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

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente a la oportunidad de mejora identificada relacionada con la coherencia entre las evidencias aportadas y los medios de verificación definidos por el proceso, es importante señalar que desde la Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las funciones de acompañamiento y monitoreo de la segunda línea de defensa, ya se han venido implementando acciones de fortalecimiento orientadas a mejorar la calidad, trazabilidad y pertinencia de las evidencias reportadas por los procesos responsables.*



*En este sentido, y conforme a los ajustes efectuados en la actualización del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, realizada en atención a los lineamientos emitidos por Presidencia de la República, se fortalecieron los mecanismos de seguimiento y validación de evidencias mediante matrices de monitoreo y control, las cuales permiten verificar la correspondencia entre las actividades programadas, los entregables definidos y los soportes aportados por los procesos y dependencias responsables.*

*Así mismo, desde la segunda línea de defensa se viene realizando control preventivo sobre la suficiencia, pertinencia y coherencia de las evidencias presentadas, promoviendo que estas respondan efectivamente al medio de verificación establecido y permitan demostrar de manera objetiva el cumplimiento de las actividades programadas.*

*Adicionalmente, se realizará revisión y análisis conjunto con el proceso responsable, con el fin de determinar la posibilidad de subsanar o complementar las evidencias aportadas, de manera que las mismas cumplan con los criterios y requisitos previamente establecidos para el respectivo medio de verificación.*

*De igual manera, las lecciones aprendidas derivadas de los ejercicios de seguimiento y monitoreo fueron incorporadas en la nueva estructuración del PTEP, ajustando criterios metodológicos y orientaciones para el reporte de evidencias, con el propósito de fortalecer la calidad de la información reportada y mitigar inconsistencias entre los soportes aportados y los medios de verificación definidos.*

*Por lo anterior, se considera que la oportunidad de mejora ya se encuentra atendida mediante las acciones de fortalecimiento institucional implementadas en los mecanismos de seguimiento y validación actualmente aplicados, razón por la cual no se contemplan acciones adicionales a las ya efectuadas.”*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se evidencia que desde la segunda línea de defensa se han empezado a tomar acciones para garantizar una mayor coherencia entre las actividades propuestas y los medios de verificación establecidos en el Programa de Transparencia y Ética Pública, sin embargo, se mantiene la oportunidad de mejora para el proceso asignado con el fin de que se tomen las acciones pertinentes por parte del proceso ejecutor para evitar que la situación problemática identificada persista en el tiempo.

### **3.1.4.4.2. Respuesta del auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:



*“Al respecto efectivamente, durante el último cuatrimestre de la vigencia 2025 no fue posible realizar la jornada de socialización/capacitación del Código de Integridad conforme a lo inicialmente previsto en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).*

*Por tal motivo, como medida alternativa, se efectuó la divulgación del Código de Integridad mediante correo electrónico institucional dirigido a los servidores(as) de la Entidad, soporte que fue cargado como evidencia de cumplimiento de la actividad.*

*No obstante, y atendiendo la observación realizada por la Oficina de Control Interno respecto a la falta de correspondencia entre el medio de verificación definido y la evidencia aportada, para la vigencia 2026 se realizó el ajuste del medio de verificación, quedando establecido de la siguiente manera: “Piezas gráficas compartidas, pantallazos de los correos enviados y reportes de asistencia a las jornadas de capacitación”.*

*Con este ajuste se busca garantizar la coherencia entre las actividades ejecutadas y los soportes de verificación aceptados. En consecuencia, se considera que la situación identificada tuvo una corrección inmediata mediante la actualización del instrumento de planeación para la vigencia 2026, razón por la cual no se requiere la formulación de una acción de mejora adicional.”*

**Respuesta Oficina de Control Interno:** De acuerdo con la respuesta recibida, se reconoce desde la Dirección de Talento Humano las dificultades que se tuvo para efectuar la socialización del código de integridad en el último cuatrimestre, lo que conllevó aportar evidencias diferentes a las propuestas en el medio de verificación, por lo cual, no se desvirtúa la condición del hallazgo propuesto. Si bien es importante mencionar que se han tomado acciones para el PTEP formulado para la vigencia 2026, se mantiene la oportunidad de mejora para que se revise en su totalidad todas las actividades cuya responsabilidad recae en la dependencia con el fin de garantizar que los medios de verificación propuestos guarden coherencia con las acciones establecidas para evitar la materialización de incumplimientos.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**3.1.4.5. Incumplimiento (I-02-GC-2026): Deficiencias en la ejecución de las actividades 2.1 y 3.1 del componente 9 del PTEP.**

**Condición:** De acuerdo con el análisis adelantado por la Oficina de Control Interno se evidenció falencias en la ejecución de las siguientes actividades a cargo de la Dirección de Contratación:

- Actividad 2.1: Se observó acta de reunión del 30/09/2025 en el cual se establece como plan de trabajo solicitar concepto a los diferentes entes rectores del Distrito que adelantan y dan lineamientos de MIPG para resolver temas puntuales en atención con Contratación. Así mismo se realizará apoyo con los Abogados externos que cuenta la Entidad con el ánimo de poder emitir un concepto que minimice o si se llegara a generar algún impacto en Gestión Contractual. Si bien se reconoce que se plantearon unas actividades, no se cuenta con un plan de trabajo estructurado, por lo cual, se considera que existió un cumplimiento parcial de la actividad conforme al medio de verificación establecido (Documento de Plan de trabajo de debida diligencia)
- Actividad 3.1: Se evidenció acta del 28/11/2025, sin embargo, dicho soporte no permite validar el seguimiento efectuado a las acciones propuestas como plan de trabajo, por lo cual, estas no son suficientes ni acordes con la acción propuesta, por lo cual, se determina que se tuvo un 0% de avance, ya que no se puede validar el seguimiento al plan de trabajo.

En razón a lo anterior, es importante que, desde el proceso de gestión contractual, se fortalezca las acciones y controles establecidos en la Entidad para garantizar la debida diligencia, teniendo presente que las actividades propuestas no se han concretado formalmente, así como se carece de un plan estructurado para llevar a cabo las acciones pertinentes frente a este componente del Programa de Transparencia y Ética Pública.



**Criterio:** Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la Secretaría Distrital de la Mujer, Vigencia 2025, Componente 9 "Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos".

**Causa:** Posible falta de control y seguimiento a las actividades propuestas por el proceso para garantizar las medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos en la Entidad. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posible materialización de incumplimientos, así como falta de confiabilidad en las acciones propuestas para garantizar la debida diligencia y prevención de lavado de activos en la Entidad.

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

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

*“Como lideresa del proceso de Mejoramiento Institucional y en el marco de las competencias de la segunda línea de defensa, orientadas al acompañamiento y monitoreo del cumplimiento de las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), se ha estructurado un procedimiento que integra los lineamientos y la gestión del PTEP. Asimismo, se han articulado mesas de trabajo, recordatorios para el cargue de evidencias y una matriz de ejecución y monitoreo, mediante la cual se realiza seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades programadas.*

*De igual manera, desde el proceso se evaluarán e implementarán acciones preventivas y de mejora orientadas a fortalecer los mecanismos de seguimiento, articulación y control frente al cumplimiento de las actividades establecidas, con el propósito de mitigar la materialización de hallazgos similares y fortalecer la gestión institucional.*

*Sin embargo, frente al incumplimiento evidenciado, se coordinarán con el proceso de Gestión Contractual las acciones correctivas correspondientes, orientadas a dar cumplimiento a la implementación de los lineamientos en materia de debida diligencia, con el fin de asegurar el cierre efectivo de las desviaciones identificadas y fortalecer la trazabilidad en la ejecución de las actividades.”*

**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, como líder del proceso de Mejoramiento Institucional, se establecerá un trabajo coordinado con la Dirección de Contratación para la toma de las medidas correspondientes para garantizar el cumplimiento de la implementación de los lineamientos en materia de debida diligencia. Por lo cual, se mantiene el incumplimiento con el fin de que se efectúe el análisis de causas respectivo y se formulen las acciones que contribuyan a mitigar la situación problemática identificada.



#### **3.1.4.5.2. Respuesta del auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000959 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“-En la nueva construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública Vigencia 2026 la Dirección de Contratación estructuró las actividades y productos mediante el cual se pueden evidenciar y cumplir con la periodicidad establecida.*

*-Se hará seguimiento con el enlace encargado de los avances con el Director de Contratación en el mes de junio de la presente vigencia con el ánimo de verificar las actividades y compromisos establecidos”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con el análisis de la respuesta recibida, se evidencia que desde la Dirección de Contratación se enuncia acciones que se han empezado a implementar para el PTEP de la vigencia 2026, sin embargo, dichos aspectos no desvirtúan la condición del hallazgo establecida, que permite evidenciar el incumplimiento de las acciones

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

propuestas para el Componente 9 "Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos", por lo cual, se mantiene el hallazgo establecido para que se documenten de manera formal las acciones pertinentes para evitar que la situación problemática identificada persista en el tiempo.

### **3.2. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES.**

En cumplimiento del objetivo de la presente auditoría, la Oficina de Control Interno efectuó la evaluación de la gestión de riesgos institucionales de la Secretaría Distrital de la Mujer, con el propósito de verificar la adecuada identificación, formulación, seguimiento, monitoreo y ejecución de los controles asociados a los riesgos institucionales de corrupción definidos por los procesos de la Entidad, conforme a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la normativa interna aplicable.



Para el desarrollo de esta verificación, se evaluó la totalidad de los riesgos de corrupción registrados por la Entidad en el aplicativo LUCHA, razón por la cual no se aplicó técnica de muestreo. En este sentido, se realizó la revisión integral de la información reportada en el módulo de riesgos del aplicativo, incluyendo la descripción de los riesgos, la formulación de controles, la identificación de responsables, la periodicidad definida, la ejecución y cargue de evidencias, el seguimiento cuatrimestral y el cumplimiento de las actividades establecidas para la administración del riesgo.

La evaluación se efectuó con base en la información registrada y reportada por los procesos en el aplicativo LUCHA, así como en los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Política de Administración del Riesgo de la Entidad y el procedimiento institucional MI-PR-3 Administración del Riesgo.

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



#### **3.2.1. Cumplimiento (C): Aplicación de la estructura "Posibilidad de" en la formulación de los riesgos**

Se evidenció cumplimiento frente al lineamiento establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7, relacionado con el inicio de la redacción de los riesgos bajo la estructura "Posibilidad de", toda vez que los diecisiete (17) riesgos analizados incluyen esta frase en su formulación, permitiendo identificar que corresponden a eventos potenciales que podrían materializarse en el desarrollo de los procesos institucionales. Ver tabla 7.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

**Tabla 7. Riesgos con cumplimiento en la redacción de “Posibilidad de”**

ID Riesgo	Riesgo	Posibilidad de
1873	Posibilidad recibir o solicitar dadas para alterar el curso de una actuación disciplinaria en su procedimiento, términos y/o las decisiones de fondo que se profieran en beneficio propio o de un tercero.	Cumple
1876	Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero	Cumple
1885	Posibilidad de recibir o solicitar dadas para elaborar pliegos de condiciones o estudios previos ambiguos, incompletos o excluyentes, para beneficio propio o de un tercero.	Cumple
1895	Posibilidad de realizar nombramientos en vacantes de la planta de personal de la SDMujer, sin el cumplimiento de requisitos exigidos por la normatividad vigente, para beneficio personal o de un tercero.	Cumple
1906	Posibilidad de falsificar, ocultar, alterar o vender la información de la documentación física y/o electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.	Cumple
1916	Posibilidad de manipulación o alteración en las respuestas a requerimientos o en los procesos judiciales asignados a la Oficina Asesora Jurídica para beneficio propio o de un tercero con el fin de obtener una respuesta favorable.	Cumple
1934	Posibilidad de hurto, pérdida y/o daño de los bienes o elementos de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.	Cumple
1951	Posibilidad de manipular la información relacionada con la formulación y seguimiento de los instrumentos de planeación, sus resultados y metas alcanzadas en beneficio propio o de un tercero	Cumple
1958	Posibilidad de manipular la información y/o datos producto de la evaluación independiente a beneficio de un tercero.	Cumple
1959	Posibilidad de asignación arbitraria o negación de cupos en las casas refugio para beneficio propio o favorecimiento de un tercero	Cumple
1961	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva para manipular el trámite de pagos financieros con el fin de realizarlos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos para beneficio propio o de un tercero	Cumple
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, escenarios de Fiscalía (Caivas, Capiv, URI), donde se desarrolla la Estrategia de justicia de género	Cumple
1994	Posibilidad de celebrar contratos con personas naturales y jurídicas condenado en lavado de activos para beneficio propio o de un tercero	Cumple
2373	Posibilidad recibir o solicitar dadas para llevar a cabo actos de corrupción asociados a las funciones de las y los servidores públicos	Cumple

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

ID Riesgo	Riesgo	Posibilidad de
	de la Entidad por la no identificación de los conflictos de interés manifestados en beneficio propio o de un tercero	
2374	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de utilizar las plataformas institucionales para fines personales o políticos.	Cumple
2380	Posibilidad de recibir, solicitar o aceptar dádivas o beneficios, propios o para terceros, con el fin de direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada la asistencia técnica brindada a los 15 sectores de la Administración Distrital	Cumple
2381	Posibilidad de que se direccionen de manera indebida, discrecional o sesgada las orientaciones técnicas y conceptos emitidos en la formulación, actualización, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas	Cumple



Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

### **3.2.2. Oportunidad de mejora (OM-04-Varios-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.**

**Condición Uno:** Se evidenció debilidad en la definición del riesgo en lo relacionado con el componente “QUÉ” (impacto), debido a que en los riesgos analizados no se identifican de manera clara las consecuencias o afectaciones que podrían generarse para la entidad como resultado de la materialización del riesgo.



De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el componente “QUÉ” debe representar el impacto o consecuencia derivada de la materialización del riesgo, permitiendo identificar de manera clara el efecto institucional que podría generarse para la entidad. En este sentido, la redacción puede realizarse mediante diferentes expresiones orientadas a describir el impacto, tales como: “Alteración de”, “Pérdida de”, “Incumplimiento de”, “Desviación en”, “Vulneración de”, “Deterioro de”, “Uso indebido de” o “Afectación de”, entre otras; sin embargo, dichos ejemplos corresponden únicamente a expresiones orientadoras y no a las únicas formas válidas de redacción.

Lo relevante, conforme a la Guía, es que el componente “QUÉ” permita identificar claramente la consecuencia o efecto derivado de la materialización del riesgo y que este pueda diferenciarse del componente “CÓMO” (causa inmediata), el cual corresponde a las acciones, conductas o circunstancias mediante las cuales el riesgo puede materializarse.



	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**Tabla 8.** Riesgos con debilidades en la redacción del “QUÉ” impacto.



ID Riesgo	Riesgo	QUÉ (Impacto): las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo
1873	Posibilidad recibir o solicitar dadas para alterar el curso de una actuación disciplinaria en su procedimiento, términos y/o las decisiones de fondo que se profieran en beneficio propio o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“recibir o solicitar dadas para alterar el curso de una actuación disciplinaria”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en el desarrollo de las actuaciones disciplinarias y sus decisiones de fondo”.</u></b>
1876	Posibilidad de recibir o solicitar dadas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“recibir o solicitar dadas por la prestación de los servicios”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en la prestación de los servicios ofertados por la Entidad”.</u></b>
1885	Posibilidad de recibir o solicitar dadas para elaborar pliegos de condiciones o estudios previos ambiguos, incompletos o excluyentes, para beneficio propio o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“recibir o solicitar dadas para elaborar pliegos de condiciones o estudios previos ambiguos, incompletos o excluyentes”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en la elaboración de pliegos de condiciones y estudios previos”.</u></b>
1895	Posibilidad de realizar nombramientos en vacantes de la planta de personal de la SDMujer, sin el cumplimiento de requisitos exigidos por la normatividad vigente, para beneficio personal o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“realizar nombramientos en vacantes de la planta de personal de la SDMujer, sin el cumplimiento de requisitos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en los procesos de nombramiento de la planta de personal”.</u></b>

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

ID Riesgo	Riesgo	QUÉ (Impacto): las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo
1906	Posibilidad de falsificar, ocultar, alterar o vender la información de la documentación física y/o electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“falsificar, ocultar, alterar o vender la información”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación de la información de la documentación física y/o electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer”.</u></b>
1916	Posibilidad de manipulación o alteración en las respuestas a requerimientos o en los procesos judiciales asignados a la Oficina Asesora Jurídica para beneficio propio o de un tercero con el fin de obtener una respuesta favorable.	No es claro en la descripción del riesgo, debido a que la redacción se enfoca en acciones mediante las cuales se materializa el riesgo (“manipulación o alteración”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no se identifican las consecuencias que podría generar la materialización del riesgo, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7. <b><u>EJ. Posibilidad de afectar las respuestas a requerimientos y los procesos judiciales asignados...</u></b>
1934	Posibilidad de hurto, pérdida y/o daño de los bienes o elementos de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.	No es claro en la descripción del riesgo, debido a que la redacción se enfoca en acciones mediante las cuales se materializa el riesgo (“hurto, pérdida y/o daño”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no se identifican las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7. <b><u>Ej. Afectación de los bienes o elementos de la Secretaría Distrital de la Mujer</u></b>
1951	Posibilidad de manipular la información relacionada con la formulación y seguimiento de los instrumentos de planeación, sus resultados y metas alcanzadas en beneficio propio o de un tercero.	No es claro, ya que la redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“manipular la información”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación de la información relacionada con la formulación y seguimiento de los instrumentos de planeación, sus resultados y metas alcanzadas”.</u></b>
1958	Posibilidad de manipular la información y/o datos producto de la evaluación independiente a beneficio de un tercero.	No es claro, debido a que la redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“manipular la información y/o datos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación de la información y/o datos producto de la evaluación independiente”.</u></b>

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	
		<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

ID Riesgo	Riesgo	QUÉ (Impacto): las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo
1959	Posibilidad de asignación arbitraria o negación de cupos en las casas refugio para beneficio propio o favorecimiento de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“asignación arbitraria o negación de cupos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en la asignación de cupos en las casas refugio”.</u></b>
1961	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva para manipular el trámite de pagos financieros con el fin de realizarlos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos para beneficio propio o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“manipular el trámite de pagos financieros”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en el trámite de pagos financieros”.</u></b>
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, escenarios de Fiscalía (Caivas, Capiv, URI), donde se desarrolla la Estrategia de justicia de género.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en la prestación de los servicios de atención, orientación, asesoría o representación”.</u></b>
1994	Posibilidad de celebrar contratos con personas naturales y jurídicas condenadas en lavado de activos para beneficio propio o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“celebrar contratos con personas naturales y jurídicas condenadas en lavado de activos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. Ej. “Afectación en la contratación de la entidad”.
2373	Posibilidad recibir o solicitar dadivas para llevar a cabo actos de corrupción asociados a las funciones de las y los servidores públicos de la Entidad por la no identificación de los conflictos de interés manifestados en beneficio propio o de un tercero.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“llevar a cabo actos de corrupción”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en el ejercicio de las funciones de las y los servidores públicos de la Entidad”</u></b>
2374	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de utilizar las plataformas institucionales para fines personales o políticos.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“utilizar las plataformas institucionales para fines personales o políticos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



ID Riesgo	Riesgo	QUÉ (Impacto): las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo
		la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en el uso de las plataformas institucionales”.</u></b>
2380	Posibilidad de recibir, solicitar o aceptar dádivas o beneficios, propios o para terceros, con el fin de direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada la asistencia técnica brindada a los 15 sectores de la Administración Distrital.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada la asistencia técnica”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en la asistencia técnica brindada a los sectores de la Administración Distrital”.</u></b>
2381	Posibilidad de que se direccionen de manera indebida, discrecional o sesgada las orientaciones técnicas y conceptos emitidos en la formulación, actualización, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas.	La redacción se enfoca en acciones asociadas a la materialización del riesgo (“direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada las orientaciones técnicas y conceptos emitidos”), las cuales corresponden a la causa inmediata, pero no identifica las consecuencias que podrían generarse para la entidad, conforme a lo definido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. <b><u>Ej. “Afectación en las orientaciones técnicas y conceptos emitidos en las políticas públicas”.</u></b>

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Condición Dos:** Se evidenció debilidad en la definición del componente “POR QUÉ” (causa raíz) en los riesgos analizados, debido a que las descripciones incluyen expresiones relacionadas con la finalidad, intención o beneficio derivado de la conducta, tales como “para beneficio propio o de un tercero”, “con el fin de favorecer a un tercero”, “a beneficio de un tercero” o expresiones similares, las cuales no corresponden a causas principales, estructurales o subcausas que expliquen las razones por las cuales puede materializarse el riesgo.

De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el componente “POR QUÉ” debe identificar las causas principales o básicas que originan el evento no deseado, constituyéndose en un elemento esencial para la definición y análisis de controles. En este sentido, la causa raíz debe permitir identificar debilidades, fallas, omisiones o situaciones, según corresponda al contexto del riesgo analizado.



Así mismo, se observó que en algunos riesgos se incluyen expresiones que se aproximan a una causa raíz; sin embargo, estas no desarrollan de manera suficiente las razones o subcausas que

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



permitan comprender claramente por qué puede materializarse el riesgo, limitando la adecuada definición y análisis de controles conforme a lo establecido en la Guía. Ver la tabla 9 con los resultados evidenciados durante la verificación realizada a la descripción de los riesgos analizados.

**Tabla 9.** Riesgos con debilidades en la redacción del por qué.



ID Riesgo	Riesgo	<b>POR QUÉ (Causa Raiz) Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles.</b>
1873	Posibilidad recibir o solicitar dadivas para alterar el curso de una actuación disciplinaria en su procedimiento, términos y/o las decisiones de fondo que se profieran en beneficio propio o de un tercero.	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "en beneficio propio o de un tercero" corresponde a la finalidad de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en la supervisión, control y seguimiento de las actuaciones disciplinarias".</u></b>
1876	Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "para beneficio propio o de un tercero" corresponde a la finalidad de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en la supervisión, control y seguimiento de la prestación de los servicios ofertados por la Entidad".</u></b>
1885	Posibilidad de recibir o solicitar dadivas para elaborar pliegos de condiciones o estudios previos ambiguos, incompletos o excluyentes, para beneficio propio o de un tercero.	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "para beneficio propio o de un tercero" corresponde a la finalidad de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en la revisión técnica, supervisión y control de los pliegos de condiciones y estudios previos".</u></b>
1895	Posibilidad de realizar nombramientos en vacantes de la planta de personal de la SDMujer, sin el cumplimiento de requisitos	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "para beneficio personal o de un

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



ID Riesgo	Riesgo	<b>POR QUÉ (Causa Raiz) Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles.</b>
	exigidos por la normatividad vigente, para beneficio personal o de un tercero.	tercero” corresponde a la finalidad de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la validación de requisitos, revisión documental y control de los procesos de nombramiento”.</u></b>
1906	Posibilidad de falsificar, ocultar, alterar o vender la información de la documentación física y/o electrónica de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.	El “POR QUÉ” no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión “con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio” corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la seguridad documental, trazabilidad, custodia y controles de acceso a la información”</u></b>
1916	Posibilidad de manipulación o alteración en las respuestas a requerimientos o en los procesos judiciales asignados a la Oficina Asesora Jurídica para beneficio propio o de un tercero con el fin de obtener una respuesta favorable.	El “POR QUÉ” no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, debido a que las expresiones “para beneficio propio o de un tercero con el fin de obtener una respuesta favorable”. corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. Debido a debilidades en los controles, revisión de actuaciones, supervisión y trazabilidad de la información (POR QUÉ), para beneficio propio o de un tercero</u></b>
1934	Posibilidad de hurto, pérdida y/o daño de los bienes o elementos de la Secretaría Distrital de la Mujer con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio	No se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, debido a que la expresión “con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio” corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la custodia, control de inventarios, supervisión y trazabilidad de los bienes” con el fin de favorecer a un tercero o en beneficio propio.</u></b>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	

ID Riesgo	Riesgo	POR QUÉ (Causa Raiz) Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles.
1951	Posibilidad de manipular la información relacionada con la formulación y seguimiento de los instrumentos de planeación, sus resultados y metas alcanzadas en beneficio propio o de un tercero	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, debido a que la expresión "en beneficio propio o de un tercero" corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><i>Ej. "debido a debilidades en la validación, seguimiento, revisión y control de la información relacionada con los instrumentos de planeación" en beneficio propio o de un tercero.</i></b>
1958	Posibilidad de manipular la información y/o datos producto de la evaluación independiente a beneficio de un tercero.	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "a beneficio de un tercero" corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><i>Ej. "debido a debilidades en la validación, revisión, trazabilidad y control de la información y/o datos producto de la evaluación independiente". a beneficio de un tercero.</i></b>
1959	Posibilidad de asignación arbitraria o negación de cupos en las casas refugio para beneficio propio o favorecimiento de un tercero	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión para beneficio propio o favorecimiento de un tercero corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><i>Ej. "debido a debilidades en la validación, revisión, supervisión y control de cupos en las casas refugio". Para beneficio propio o favorecimiento de un tercero</i></b>
1961	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva para manipular el trámite de pagos financieros con el	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	



ID Riesgo	Riesgo	POR QUÉ (Causa Raiz) Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles.
	fin de realizarlos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos para beneficio propio o de un tercero	Entidades Públicas, versión 7, debido a que las expresiones “con el fin de realizarlos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos” y “para beneficio propio o de un tercero” corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la validación, revisión, segregación de funciones y control del trámite de pagos financieros” para beneficio propio o de un tercero</u></b>
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, escenarios de Fiscalía (Caivas, Capiv, URI), donde se desarrolla la Estrategia de justicia de género	El “POR QUÉ” no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión “a nombre propio o de terceros” corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la supervisión, seguimiento y control de los servicios de atención, orientación, asesoría o representación”.</u></b>
1994	Posibilidad de celebrar contratos con personas naturales y jurídicas condenado en lavado de activos para beneficio propio o de un tercero	El “POR QUÉ” no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión “para beneficio propio o de un tercero” corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal que explique las razones. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la validación de antecedentes, revisión documental y control contractual”.</u></b>
2373	Posibilidad recibir o solicitar dadivas para llevar a cabo actos de corrupción asociados a las funciones de las y los servidores públicos de la Entidad por la no identificación de los conflictos de interés manifestados en beneficio propio o de un tercero	El “POR QUÉ” no se alinea completamente con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que, aunque la expresión “por la no identificación de los conflictos de interés manifestados” se acerca a una causa raíz, no desarrolla claramente las razones o subcausas que permiten la materialización del riesgo; adicionalmente, la expresión “en beneficio propio o de un tercero” corresponde a la finalidad o intención de la conducta. <b><u>Ej. “debido a debilidades en la identificación,</u></b>

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

ID Riesgo	Riesgo	<b>POR QUÉ (Causa Raíz) Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles.</b>
		<b><u>seguimiento y control de conflictos de interés</u></b>
2374	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de utilizar las plataformas institucionales para fines personales o políticos.	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "con el fin de utilizar las plataformas institucionales para fines personales o políticos" corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal o básica que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en el control de acceso, supervisión y monitoreo del uso de plataformas institucionales"</u></b> .
2380	Posibilidad de recibir, solicitar o aceptar dádivas o beneficios, propios o para terceros, con el fin de direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada la asistencia técnica brindada a los 15 sectores de la Administración Distrital	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la expresión "con el fin de direccionar de manera indebida, discrecional o sesgada la asistencia técnica" corresponde a la finalidad o intención de la conducta y no a una causa principal o básica que explique las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en la revisión técnica, supervisión y control de la asistencia técnica brindada"</u></b> .
2381	Posibilidad de que se direccionen de manera indebida, discrecional o sesgada las orientaciones técnicas y conceptos emitidos en la formulación, actualización, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas	El "POR QUÉ" no se alinea con lo exigido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, debido a que la descripción del riesgo no identifica causas principales que expliquen las razones por las cuales puede materializarse el riesgo. <b><u>Ej. "debido a debilidades en la revisión técnica, supervisión, validación y control de las orientaciones técnicas y conceptos emitidos"</u></b> .

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

Ahora bien, los ejemplos incluidos en la tabla 8 corresponden únicamente a referencias orientadoras construidas con fines metodológicos, las cuales buscan ilustrar posibles formas de estructurar el componente "POR QUÉ" (causa raíz) conforme a lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. Por lo que, estos ejemplos no corresponden a una

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

estructura única, definitiva u obligatoria para la redacción de los riesgos, ni sustituyen el análisis particular que debe realizar cada proceso frente a las causas reales, estructurales o subcausas asociadas a sus riesgos institucionales.

Adicionalmente, cabe mencionar que la presente oportunidad de mejora responde a la ineffectividad declarada al **plan de mejoramiento ID1360**, por lo cual, se deberá tomar las acciones pertinentes para mitigar la causa raíz del hallazgo.



**Criterio:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7, 2025. Punto 3.4 Descripción del riesgo:

- **Impacto:** las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- **Causa inmediata:** circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo. Estos dos elementos permiten plantear el evento no deseado (¿qué puede ocurrir?), es decir la situación, acción, condición o suceso incierto que, si ocurre, podría afectar el logro de los objetivos de la entidad. Características clave: Debe ser específico y claro, no genérico. Expresado en términos de qué podría pasar.
- **Causa raíz:** Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento no deseado, bajo el análisis de la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para la definición de controles en el paso 3 de diseño y análisis de controles. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o sub-causas que pueden ser analizadas.

**Causa:** Debilidades en la aplicación metodológica de los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, relacionadas con la identificación y definición de los componentes “QUÉ” (impacto) y “POR QUÉ” (causa raíz) durante la formulación de los riesgos institucionales. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Dificultades para identificar de manera clara las consecuencias derivadas de la materialización de los riesgos y las causas estructurales que los originan, lo cual puede limitar el adecuado análisis, valoración, monitoreo y definición de controles efectivos para su tratamiento y mitigación, afectando la gestión integral del riesgo en la entidad.

Por otro lado, en el marco de la verificación realizada a los controles asociados a los riesgos institucionales registrados en el sistema LUCHA, se evaluó el cumplimiento de los atributos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Administrativo de la Función Pública, específicamente los relacionados con la estructura para la descripción del control.

Como resultado del análisis efectuado, se identificaron debilidades en la formulación y documentación de controles relacionados en la siguiente oportunidad de mejora, relacionadas con la ausencia o definición insuficiente de atributos metodológicos tales como responsable, periodicidad, documentación y desviación del control, los cuales son necesarios para garantizar la adecuada ejecución, trazabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles implementados por la entidad.

En este sentido, la Guía establece que los controles deben describirse de manera clara, estructurada y verificable, incorporando elementos que permitan identificar quién ejecuta el control, cuándo se realiza, cómo se documenta y qué acciones se desarrollan frente a desviaciones, inconsistencias o situaciones detectadas durante su ejecución.

A continuación, se presentan las condiciones identificadas durante la verificación realizada a la descripción de los controles asociados a los riesgos institucionales.



### **3.2.2.1. Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“La Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las responsabilidades de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, ha venido adelantando acciones de articulación institucional orientadas al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo.*

*En este sentido, y en concordancia con las reuniones técnicas efectuadas con la Secretaría General de la Alcaldía, se encuentra a la espera de los lineamientos y orientaciones institucionales para la implementación y armonización de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, especialmente en lo relacionado con la actualización metodológica para la identificación, redacción y tratamiento de riesgos institucionales.*

*Sin embargo, desde la segunda línea de defensa, se ha realizado un proceso de revisión metodológica y preparación de instrumentos que permitan la actualización de lineamientos para la Gestión del Riesgo, una vez se complete esta etapa, se desarrollaran mesas de trabajo y ejercicios de acompañamiento metodológico con los procesos, orientados a:*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

- Fortalecer la correcta estructuración y redacción de los riesgos institucionales conforme a los criterios definidos por Función Pública.
- Revisar y actualizar los riesgos actualmente identificados.
- Identificar nuevos riesgos asociados a los cambios normativos, operativos y estratégicos de la Entidad.
- Corregir debilidades metodológicas existentes en la definición de los componentes “Qué”, “Cómo” y “Por qué”.
- Fortalecer la cultura de gestión preventiva, autocontrol y mejora continua en el marco de MIPG.

*Sin perjuicio de la armonización institucional que actualmente se adelanta con la Secretaría General, desde la Oficina Asesora de Planeación se iniciarán acciones preliminares de revisión metodológica.*



*Adicionalmente, desde la Oficina Asesora de Planeación se han adelantados acciones para el fortalecimiento en el acompañamiento técnico y monitoreo preventivo a los procesos, con el propósito de promover la adecuada aplicación de los lineamientos institucionales y fortalecer la calidad metodológica frente a la gestión de riesgos. En se sentido, se creó ABC de gestión de riesgos, en el cual se determina paso a paso cada una de las etapas de la gestión de riesgos desde su identificación hasta su valoración.*

*Por lo anterior, se establecerá una acción de mejora orientada entorno a lo que se ha venido adelantando, para fortalecer y actualizar los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, con el fin de asegurar su alineación con la normativa vigente, mejorar la claridad metodológica para los procesos y garantizar una adecuada aplicación de los criterios definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibió la réplica por parte de la Oficina Asesora de Planeación. Al respecto, la OCI se resaltan las acciones realizadas por la segunda línea de defensa orientadas al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo, así como las gestiones de articulación institucional y preparación de lineamientos para la armonización de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Así mismo, se reconoce la intención manifestada por la dependencia de adelantar mesas de trabajo, ejercicios de acompañamiento metodológico y acciones de fortalecimiento relacionadas con la estructuración, actualización y revisión de riesgos institucionales y controles asociados.

Sin embargo, la observación formulada por la OCI se mantiene, teniendo en cuenta que, al momento de la verificación realizada, se evidenciaron debilidades en la formulación de riesgos registrados en el aplicativo LUCHA. En este sentido, si bien la dependencia manifiesta que actualmente se

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

encuentra adelantando acciones de fortalecimiento y actualización metodológica, estas actividades corresponden a acciones posteriores, las cuales no desvirtúan las situaciones evidenciadas durante el ejercicio de auditoría.

Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene**, considerando que las debilidades identificadas fueron verificadas directamente sobre la información registrada en el aplicativo LUCHA durante el periodo evaluado, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

**3.2.2.2. Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno.**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000952 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En atención a esta observación, la Oficina de Control Disciplinario Interno solicitará el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer la identificación y redacción de los riesgos y sus respectivos controles dentro del proceso.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina de Control Disciplinario Interno y se reconoce la disposición de la dependencia para solicitar acompañamiento metodológico a la Oficina Asesora de Planeación.

Es importante aclarar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles del proceso, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.



**3.2.2.3. Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente a la Condición Uno, relacionada con la presunta debilidad en la definición del componente “QUÉ” (impacto), se considera importante precisar que las formulaciones observadas sí permiten identificar el evento de riesgo y las posibles afectaciones institucionales derivadas de su materialización, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 del DAFP.*

*Respecto al riesgo 1895:*

*“Posibilidad de realizar nombramientos en vacantes de la planta de personal de la SDMujer, sin el cumplimiento de requisitos exigidos por la normatividad vigente, para beneficio personal o de un tercero”, la formulación permite identificar una afectación relacionada con los*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

procesos de vinculación y provisión de cargos de la entidad, así como posibles impactos sobre la legalidad, transparencia y cumplimiento normativo en materia de talento humano. En este caso, el evento descrito no corresponde únicamente a una causa inmediata, sino a una situación de riesgo cuya materialización genera consecuencias institucionales asociadas a la gestión del empleo público.

De igual manera, frente al riesgo 2373:

*“Posibilidad de recibir o solicitar dádivas para llevar a cabo actos de corrupción asociados a las funciones de las y los servidores públicos de la Entidad por la no identificación de los conflictos de interés manifestados en beneficio propio o de un tercero”, la redacción evidencia un riesgo relacionado con posibles afectaciones a la integridad, transparencia y confianza institucional derivadas de conductas asociadas a corrupción y conflictos de interés. Por tanto, la consecuencia puede identificarse a partir del mismo evento descrito en la formulación del riesgo.*

*No obstante, se reconoce que las formulaciones podrían fortalecerse mediante la incorporación más explícita en el componente “QUÉ”, en línea con las recomendaciones de la Guía del DAFP.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Dirección de Talento Humano y se reconoce la aclaración efectuada respecto a la interpretación del componente “QUÉ” en la formulación de los riesgos 1895 y 2373, así como la explicación sobre las posibles afectaciones institucionales derivadas de la materialización de los riesgos identificados.



Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que durante la verificación realizada se evidenció que las formulaciones de los riesgos presentan oportunidades de fortalecimiento en la definición explícita del impacto o consecuencia asociada al riesgo, conforme a la estructura metodológica establecida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, la propia dependencia reconoce que las formulaciones pueden fortalecerse mediante una incorporación más clara del componente “QUÉ”, situación que coincide con lo observado durante el ejercicio auditor.

#### **3.2.2.4. Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000959 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Se acogerán las recomendaciones emitidas por la Oficina Asesora de Planeación en el fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, emitidas en el radicado 3-2026-000947 del 20 de mayo de 2026.”*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibe la información presentada por la Dirección de Contratación respecto a la adopción de las recomendaciones y lineamientos que serán fortalecidos por la Oficina Asesora de Planeación en materia de gestión del riesgo.

La **oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles asociados al proceso, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

**3.2.2.5. Respuesta del Auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades**



De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000964 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En atención al informe preliminar de Auditoría Interna de Cumplimiento “Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025”, la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, en articulación con la Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, se permiten presentar las siguientes consideraciones, particularmente frente a las oportunidades de mejora OM-04-Varios-2026 y OM-05-Varios-2026, relacionadas con debilidades en la definición de riesgos y la descripción de controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*

*Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso actualmente denominado “Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres” integró, dentro de la nueva estructura del mapa de procesos institucional, los procesos anteriormente denominados “Prevención de Violencias y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia”, liderado por la Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, y “Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres”, liderado por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades.*

*En ese sentido, las observaciones formuladas en el informe preliminar de auditoría serán abordadas desde la Subsecretaría de Fortalecimiento, en calidad de líder del proceso actual, en el marco de la revisión integral que se adelantará sobre los riesgos y controles asociados al alcance del nuevo proceso unificado, para lo cual se presentan las siguientes consideraciones:*

*Desde la Oficina Asesora de Planeación se lideró el ejercicio institucional de actualización documental y rediseño del mapa de procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer, proceso que, debido a la complejidad, transversalidad y robustez de los procesos misionales, requirió un mayor tiempo de desarrollo y consolidación, finalizando, para dichos procesos, en agosto de 2025.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*En el marco de este ejercicio institucional, y en el marco del alcance del nuevo proceso, implicó una reorganización funcional, técnica, metodológica y documental de los procesos misionales asociados, por lo que la Subsecretaría ha venido adelantando de manera progresiva las labores de armonización documental, articulación técnica y revisión metodológica con las dependencias que actualmente hacen parte del proceso, con el propósito de identificar integralmente los riesgos, controles y documentos asociados, conforme a la nueva estructura funcional y operativa definida institucionalmente.*



*Ahora bien, respecto a la gestión de riesgos, es importante precisar que actualmente se encuentra pendiente la actualización de la guía metodológica por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a partir de la cual la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa, emitirá los lineamientos institucionales definitivos para la actualización y reestructuración de los riesgos y controles institucionales.*

*En razón a ello, mientras se consolidan dichos lineamientos institucionales, la Subsecretaría continuó realizando el seguimiento y monitoreo de los riesgos y controles existentes bajo la metodología vigente, garantizando la continuidad de los ejercicios de control y administración del riesgo, así como el reporte correspondiente en las herramientas institucionales definidas para tal fin.*

*No obstante, en atención a las observaciones formuladas en el informe preliminar, actualmente se encuentra en proceso de articulación técnica con las dependencias que conforman el nuevo alcance del proceso, con el fin de adelantar una revisión integral de los riesgos y controles identificados para “Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres” y “Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres”, particularmente de los riesgos de corrupción ID 1959 y 1991, y sus respectivos controles asociados.*

*En este ejercicio se pretende revisar y fortalecer metodológicamente la estructuración de los riesgos y controles conforme a los lineamientos establecidos y en el marco de las observaciones relacionadas por su parte en el informe:*

- La adecuada definición del componente “QUÉ” (impacto), incorporando de manera clara las consecuencias o afectaciones institucionales derivadas de la posible materialización del riesgo.*
- La revisión del componente “POR QUÉ” (causa raíz), con el fin de identificar de manera precisa las causas principales o básicas que permiten la materialización del riesgo.*
- La alineación técnica entre causas, riesgos y controles.*
- El fortalecimiento de la descripción de los controles, incluyendo responsable, periodicidad, documentación asociada, trazabilidad y acciones frente a desviaciones, inconsistencias o incumplimientos identificados durante la ejecución del control.*
- La armonización de los controles con los procedimientos, protocolos, guías y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión derivados de la nueva caracterización del proceso.*
- La validación de los controles asociados a los ID 5235 y 5291, en función de fortalecer su documentación, estructura metodológica y alineación con la Guía del DAFP y las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*En consecuencia, las observaciones identificadas en el informe preliminar corresponden principalmente a un escenario temporal de transición organizacional, metodológica y documental derivado del proceso de actualización institucional actualmente en curso, más no a la inexistencia de controles, ausencia de seguimiento o falta de gestión frente a la administración de riesgos.*

*Por el contrario, la Subsecretaría se encuentra adelantando acciones de fortalecimiento y ajuste orientadas a consolidar la actualización integral de los riesgos, controles y documentación asociada, garantizando su alineación con la nueva estructura del proceso, los lineamientos institucionales que emita la Oficina Asesora de Planeación y las disposiciones metodológicas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*

*En este sentido, solicitamos desestimar las oportunidades de mejora OM-04-Varios-2026 y OM-05-Varios-2026.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades y se reconocen las aclaraciones relacionadas con el proceso de transición, actualización y reorganización metodológica derivada de la unificación de los procesos misionales, así como las acciones de articulación y fortalecimiento que actualmente se vienen adelantando respecto a los riesgos y controles asociados al nuevo proceso institucional.



Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles asociados a los riesgos ID 1959 y 1991, particularmente en aspectos relacionados con la definición de los componentes “QUÉ” y “POR QUÉ”, así como en la descripción y estructuración de los controles, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, aunque la dependencia manifiesta que las situaciones observadas obedecen a un escenario de transición organizacional y documental, las debilidades identificadas fueron verificadas directamente sobre la información registrada en el aplicativo LUCHA durante el periodo evaluado.

En este sentido, las acciones de fortalecimiento, armonización y actualización metodológica informadas por la dependencia corresponden a medidas posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación realizada.

### **3.2.2.6. Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema de Cuidado**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000962 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección del Sistema de Cuidado, 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 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

*“Se presenta una (1) condición identificada en la auditoría, relacionada con la debilidad en la definición del riesgo formulado por el proceso en lo relacionado con el componente “QUÉ” (impacto), debido a que en el riesgo analizado no se identifica de manera clara las consecuencias o afectaciones que podrían generarse para la entidad como resultado de la materialización del riesgo. En relación con el proceso, se señala lo siguiente:*

*- Riesgos con debilidades en la redacción del “QUÉ” impacto. ID1876: Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero.*

*Respecto a lo anterior la esta Dirección informa que durante los meses de marzo y abril adelantó varias mesas de trabajo en articulación con la Oficina Asesora de Planeación con el fin de ajustar la redacción del riesgo formulado, acciones que se detallan en el acta de reunión que se adjunta a esta respuesta. La actualización de la información en el aplicativo se adelantará una vez se cuente con las revisiones y autorizaciones requeridas, durante el segundo trimestre de la vigencia.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibe la información presentada por la Dirección del Sistema de Cuidado respecto a las mesas de trabajo adelantadas con la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer la redacción del riesgo identificado con el ID 1876.



Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenció que la formulación del riesgo presentaba debilidades en la definición del componente “QUÉ” (impacto), al no identificar de manera clara las consecuencias o afectaciones derivadas de la posible materialización del riesgo, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, las acciones informadas por la dependencia corresponden a actividades de ajuste y fortalecimiento posteriores al ejercicio auditor, las cuales no desvirtúan la situación identificada durante la verificación efectuada.

### **3.2.2.7. Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000965 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas en el informe del asunto, me permito informar que la Oficina Jurídica ha venido trabajando con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización y reformulación de los riesgos y puntos de control del proceso a cargo, con el fin de que concuerden con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública emitida en agosto de 2025.*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Ahora bien, en cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas con los controles y la identificación de riesgos asociados al proceso de gestión jurídica, descritos en el informe de la siguiente manera:

- Oportunidad de Mejora (OM-04-VARIOS-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del departamento Administrativo de la Función Pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-05-VARIOS-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-07-VARIOS-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-08-VARIOS-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.

Con relación a las situaciones identificadas en las oportunidades de mejora, me permito señalar que la Oficina Jurídica y la Oficina Asesora de Planeación, han venido trabajando en la evaluación y gestión de los riesgos, controles y evidencias actuales asociadas al proceso a cargo de esta dependencia.



En dichas reuniones se identificó la necesidad de actualizar la información en el sistema LUCHA, teniendo en cuenta que, a pesar de los cambios realizados en el 2025, se continúan presentando novedades en los reportes de los controles y sus evidencias para que atiendan a lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas prevista para el mes de junio de 2026.

Atendiendo a lo señalado anteriormente, solicito evaluar la eliminación de la Oportunidad de Mejora ya que se ha dado cumplimiento a la mejora continua del proceso y a orientar los riesgos y controles de la dependencia hacia la trazabilidad de los requerimientos asignados para respuesta de la Oficina Jurídica.”

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina Jurídica y se resaltan las acciones adelantadas en articulación con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización y reformulación de los riesgos, controles y evidencias asociados al proceso de Gestión Jurídica.

Así mismo, se toma en consideración la información relacionada con las mesas de trabajo y las actividades de ajuste que actualmente se encuentran en desarrollo frente a la parametrización y actualización de la información registrada en el aplicativo LUCHA.

Cabe aclarar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos asociados al proceso, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

En este sentido, aunque la dependencia informa que viene adelantando acciones de mejora continua y actualización metodológica, las actuaciones corresponden a medidas posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación efectuada.

### **3.2.2.8. Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento**



De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000950 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Revisando la tabla No 8 “Riesgos con debilidades en la redacción del “QUÉ” impacto”, relacionada en el informe no encontramos el riesgo de gestión ID 2228 que está relacionado con el proceso liderado por la dirección “Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres”, por lo cual se solicita respetuosamente al equipo auditor precisar la tipificación del hallazgo, dado que, lo anterior limita la claridad técnica del informe, pues impide identificar con precisión cuál fue el criterio particular aplicado.*

*Sin embargo, se confirma que, a finales de la vigencia 2025, se realizó la revisión de la redacción de este riesgo, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, quedando redactado como “Posibilidad de afectación reputacional en la gestión del análisis y divulgación oportuna de la información producida por el OMEG, derivada de posibles deficiencias en la solicitud de información a terceros o en el proceso de publicación en el micrositio del OMEG”, incorporando el componente “QUÉ” (Impacto) de manera explícita mediante la expresión “afectación reputacional”, la cual está directamente alineada con las expresiones orientadoras de la Guía DAFP “afectación de”. Por otro lado, la redacción de este riesgo establece claramente la relación entre la falla operativa, el “cómo”: deficiencias en la solicitud de información o en el proceso de publicación y el efecto institucional pérdida de reputación.*

*De acuerdo con lo expuesto, se solicita desvirtuar la observación para el proceso “Generación y Apropiación de Conocimiento, sobre la situación de derechos humanos de las mujeres” y su exclusión en el informe definitivo final. En caso de mantener el hallazgo, solicitamos respetuosamente una tipificación más exhaustiva del hallazgo, con el propósito de facilitar el análisis de causalidad por parte del proceso para asegurar el diseño de un plan de mejora que elimine la causa raíz.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se aclara que la observación corresponde a las debilidades identificadas en la formulación del riesgo ID 1876, las cuales se encuentran relacionadas en la *Tabla 8 “Riesgos con debilidades en la redacción del QUÉ – impacto”* y en la *Tabla 9 “Riesgos con debilidades en la redacción del POR QUÉ”*, asociadas al control identificado con el ID 5024.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Así mismo, se precisa que la réplica presentada hace referencia al riesgo ID 2228; sin embargo, dicho riesgo no corresponde a la situación observada por la Oficina de Control Interno en la oportunidad de mejora objeto de análisis.

Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que la respuesta presentada no desvirtúa las debilidades identificadas frente al riesgo ID 1876 y el control ID 5024 durante la verificación realizada.

### **3.2.2.9. Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000963 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Esta Dirección se acoge a los lineamientos que imparta la Oficina Asesora de Planeación mediante el memorando 3-2026-000947 del 20/05/2026, por tratarse de ajustes y directrices generales para la entidad.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analiza la respuesta recibida y la dependencia manifiesta que se acogerá a los lineamientos institucionales que sean definidos por la Oficina Asesora de Planeación, la réplica presentada no desvirtúa la situación identificada durante el ejercicio auditor y **se mantiene la oportunidad de mejora**.



### **3.2.3. Cumplimiento (C): Publicación del mapa de riesgos en el aplicativo LUCHA.**

Se evidenció que el Mapa de Riesgos Institucional de la Entidad se encuentra publicado en el Sistema Integrado de Gestión LUCHA, incluyendo los riesgos identificados, los controles asociados y las evidencias relacionadas con su ejecución, permitiendo la consulta y seguimiento de la información.

Así mismo, la disponibilidad de esta información en el aplicativo contribuye al fortalecimiento de los ejercicios de seguimiento, monitoreo y actualización de los riesgos institucionales, facilitando la trazabilidad de los controles implementados y promoviendo principios de transparencia, control y rendición de cuentas en la Secretaría Distrital de la Mujer, SdMujer.

### **3.2.4. Cumplimiento (C): Controles con soporte de ejecución registrado en el aplicativo LUCHA.**

De los 36 controles evaluados, se evidenció que la totalidad cuenta con soportes y evidencias de ejecución cargadas en el aplicativo LUCHA, permitiendo verificar la ejecución de los controles implementados y garantizando el registro documental correspondiente.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

**3.2.5. Oportunidad de mejora (OM-05-Varios-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.**



**Condición Uno:** De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, la estructura para la descripción del control debe contener el componente “responsable”, el cual debe permitir identificar de manera clara el cargo, rol, dependencia o instancia encargada de ejecutar la actividad de control.

Así mismo, la Guía establece que para la redacción de los controles es necesario incorporar los atributos metodológicos definidos, de manera que estos se constituyan en herramientas efectivas para la mitigación, seguimiento y monitoreo de los riesgos, agrupados a través de la estructura establecida para la descripción del control.

Sin embargo, se evidenció que en seis (6) controles identificados con los ID 5023, 5084, 5239, 5241, 5242 y 5291, correspondientes a los procesos Gestión del Sistema Distrital de Cuidado, Gestión Administrativa, Gestión Financiera y Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres, no se identificó el responsable de la ejecución del control. Ver tabla 10.

**Tabla 10. Controles con debilidades en la redacción, sin responsable asignado.**

Control	Descripción del Control	Responsable	Proceso Responsable
5023	Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado	No	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado
5084	Controlar la consulta de la documentación que reposa en el archivo central, de acuerdo con las tablas de control de acceso Procedimiento: GD-IN-6 - Tablas de Control de Acceso	No	Gestión Administrativa
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. Procedimiento: GF-PR-10 - Gestión De Pagos De La Entidad	No	Gestión Financiera
5241	Segregación de funciones para separar las responsabilidades de las personas que intervienen en el proceso de pagos, el cual se aplica en la asignación usuarios según las responsabilidades establecidas para cada una de las actividades que intervienen en el proceso de autorización y registro de pagos. Procedimientos: GF-PR-10 - Gestión de Pagos de la Entidad	No	Gestión Financiera
5242	Realizar la Conciliación entre cuentas Procedimientos:GF-PR-9 - Registrar Operaciones Contables	No	Gestión Financiera

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Responsable	Proceso Responsable
5291	Verificar que, en la publicación y divulgación de información sobre la oferta institucional de servicios, se indique sobre la gratuidad de los mismos (cartelera institucionales, piezas comunicativas remitidas a la ciudadanía a través de los distintos medios tecnológicos). Procedimientos:	No	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres



Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Condición Dos:** De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, la estructura para la descripción del control debe contener el componente “Periodicidad”, el cual debe permitir identificar de manera clara la frecuencia o momento en que se ejecuta la actividad de control, con el fin de facilitar su seguimiento, monitoreo y evaluación.



En este sentido, la periodicidad debe establecer cuándo se aplica el control, cada cuánto se ejecuta o en qué momento específico ocurre la actividad de control, mediante expresiones que permitan determinar una frecuencia verificable, tales como: “diariamente”, “mensualmente”, “trimestralmente”, “semestralmente”, “cada vez que se requiera”, “previo a”, “durante” o “posterior a”, entre otras, siempre que permitan identificar claramente la oportunidad de ejecución del control. Ver tabla 11.

**Tabla 11.** Controles con debilidades en la redacción, sin periodicidad asignado.



Control	Descripción del Control	Periodicidad	Proceso Responsable
5022	El profesional responsable del equipo de Autonomía Económica verifica a través de los documentos (correos, folletos, redes sociales) que la información acerca de los servicios divulgados y ofertados para la generación de ingresos de las mujeres cuente con los anuncios de gratuidad de los mismos.	No	Desarrollo de Capacidades Para la Vida de las Mujeres
5023	Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado	No	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado
5025	La profesional asignada de la DTDP verifica que no exista conflicto de intereses entre el personal de la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación que realizan actividades con edilesas y las edilesas de Bogotá. Procedimiento: PPRM-Acompañamiento TECNICO A LAS EDILESAS DE LAS JUNTAS ADMINISTRADORAS LOCALES DE BOGOTA	No	Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	
		<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Periodicidad	Proceso Responsable
6315	La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM. Procedimiento TPP-PR-11 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO A TRAVÉS DE REFERENTES	No	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres
6316	La profesional asignada de la DTDP verifica la aceptación de los compromisos de gratuidad en las concertaciones realizadas para el desarrollo de las actividades a través de terceros en las CIOM. TPP-PR-11 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO A TRAVÉS DE REFERENTES	No	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres
5041	El profesional responsable de adelantar el proceso contractual realiza la publicación de los estudios previos y documentos asociados al proceso que se adelanta.	No	Gestión Contractual
5054	La o el profesional responsable de la Dirección de Talento Humano, realiza la verificación del cumplimiento de los requisitos de nombramiento del futuro funcionario conforme al Manual de Funciones y Competencias, a través del formato GTH-FO-41 "Revisión de cumplimiento de requisitos mínimos", realiza la consulta de que no esté inhabilitada para desempeñar empleos públicos a través de las entidades responsables de emitir los certificados oficiales, valida que no esté disfrutando de una pensión o que se encuentre en edad de retiro forzoso, salvo las excepciones que establezca la ley; también, que no esté en interdicción para el ejercicio de funciones públicas (es decir, no tener limitaciones legales para decidir o actuar), que tenga definida la situación militar, en los casos en que aplique (mayores de edad que deben cumplir con el servicio militar) y que cuente con el certificado médico de aptitud física y mental confirmando la verificación del cumplimiento de los requisitos a través de resolución el nombramiento.	No	Gestión Talento Humano
5084	Controlar la consulta de la documentación que reposa en el archivo central, de acuerdo con las tablas de control de acceso Procedimiento: GD-IN-6 - TABLAS DE CONTROL DE ACCESO	No	Gestión Administrativa
5111	El profesional responsable del proceso revisa y registra la información correspondiente en SIPROJ según lineamientos institucionales.	No	Gestión Jurídica

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	



Control	Descripción del Control	Periodicidad	Proceso Responsable
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.	No, "verificará de acuerdo con las novedades administrativas " no define una frecuencia concreta, ya que no permite identificar claramente: cuándo se ejecuta el control, cada cuánto ocurre, ni el momento exacto de aplicación.	Gestión Administrativa
5215	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la formulación del plan de acción.	No	Direccionamiento Estratégico
6232	El profesional responsable del proceso verifica la versión final del seguimiento al plan de acción.	No	Direccionamiento Estratégico
6244	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la actualización del plan de acción.	No	Direccionamiento Estratégico
5235	Las profesionales del Equipo Técnico de la Secretaría Distrital de la Mujer a cargo de las Casas Refugio, revisan y analizan la información recibida en la solicitud y el Sistema de Información Misional- SIMISIONAL de la entidad, para verificar los criterios de acogida establecidos en el Acuerdo 631 de 2015 y aquellas normas que lo modifiquen o sustituyan, y en los protocolos/guías de Ingreso, Permanencia y Egreso de los modelos de atención de las Casas Refugio. Procedimiento: PAMVV-PR-5 - ACOGIDA, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A MUJERES DE VIOLENCIAS EN CASAS REFUGIO Se revisa la matriz reporte de cupos para verificar la disponibilidad. Cuando se requiera ampliar información o corroborar datos suministrados, las profesionales se contactarán con quien realizó la solicitud por medio de correo electrónico y/o canales telefónicos dispuestos. De acuerdo con esta revisión y la existencia de cupos se decide si se cumple con los criterios para asignar el cupo o negarlo, en este último caso, también se informarán los motivos de no acogida.	No	Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Control	Descripción del Control	Periodicidad	Proceso 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. Procedimiento: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No	Gestión Financiera
5241	Segregación de funciones para separar las responsabilidades de las personas que intervienen en el proceso de pagos, el cual se aplica en la asignación usuarios según las responsabilidades establecidas para cada una de las actividades que intervienen en el proceso de autorización y registro de pagos. Procedimientos: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD	No	Gestión Financiera
5242	Realizar la Conciliación entre cuentas Procedimientos:GF-PR-9 - REGISTRAR OPERACIONES CONTABLES	No	Gestión Financiera
5291	Verificar que, en la publicación y divulgación de información sobre la oferta institucional de servicios, se indique sobre la gratuidad de los mismos (cartelera institucionales, piezas comunicativas remitidas a la ciudadanía a través de los distintos medios tecnológicos). Procedimientos:	No	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres
5295	El profesional responsable de adelantar el proceso contractual consulta y valida los documentos de evaluación en las plataformas distritales y nacionales.	No	Gestión Contractual
6290	La o el profesional encargado de la Dirección de Talento Humano descarga el reporte de las actualizaciones y publicaciones de las declaraciones de conflictos de interés realizadas por las servidoras y servidores en las plataformas y/o aplicativos destinados para tal fin, con el propósito de verificar la existencia de conflictos de interés al interior de la Entidad.	No	Gestión Talento Humano
6304	El profesional responsable del proceso revisa la solicitud de administración de contenidos remitida por el proceso, verificando información clara, completa y precisa.	No	Comunicación Estratégica
6318	La profesional responsable de la asistencia técnica verifica que las orientaciones y acompañamiento técnico brindado a los sectores de la administración Distrital, se realicen con base en los lineamientos y documentos de gestión formalizados.	No	Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Condición Tres:** De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, los controles definidos para la

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



mitigación de riesgos deben encontrarse documentados, 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.

En este sentido, la documentación del control constituye un elemento fundamental para demostrar la existencia formal de las actividades de control implementadas, así como para facilitar su consulta, monitoreo, validación y aplicación uniforme por parte de los responsables de los procesos.

De acuerdo con la verificación, se evidenció que nueve (9) controles no cuentan con documentación asociada en la descripción del riesgo, conforme a la información consultada en el sistema LUCHA, lo cual dificulta verificar formalmente su documentación. Ver tabla 12.

**Tabla 12.** Controles con debilidades en la redacción, no documentados.

ID Control	Control	Proceso Responsable	Documentación
5022	El profesional responsable del equipo de Autonomía Económica verifica a través de los documentos (correos, folletos, redes sociales) que la información acerca de los servicios divulgados y ofertados para la generación de ingresos de las mujeres cuente con los anuncios de gratuidad de los mismos.	Desarrollo de Capacidades Para la Vida de las Mujeres	No está documentado
5114	El profesional responsable del proceso cada vez que se requiera revisa la versión final del concepto jurídico corregido y lo envía para firma por parte de la jefe de la Oficina Jurídica.	Gestión Jurídica	No está documentado
5215	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la formulación del plan de acción.	Direccionamiento Estratégico	No está documentado
6232	El profesional responsable del proceso verifica la versión final del seguimiento al plan de acción.	Direccionamiento Estratégico	No está documentado
6244	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la actualización del plan de acción.	Direccionamiento Estratégico	No está documentado
6229	Presentar y Analizar en el CICCI a solicitud de los procesos auditados, las diferencias que surjan en el desarrollo de las auditorías y/o seguimientos/reglamentarios con el propósito de resolver estas, cuyos resultados serán documentados en las actas del CICCI.	Evaluación Independiente de la Gestión	No está documentado

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE          LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE          AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



ID Control	Control	Proceso Responsable	Documentación
5291	Verificar que, en la publicación y divulgación de información sobre la oferta institucional de servicios, se indique sobre la gratuidad de los mismos (cartelera institucionales, piezas comunicativas remitidas a la ciudadanía a través de los distintos medios tecnológicos). Procedimientos:	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	No está documentado
6304	El profesional responsable del proceso revisa la solicitud de administración de contenidos remitida por el proceso, verificando información clara, completa y precisa.	Comunicación Estratégica	No está documentado
6318	La profesional responsable de la asistencia técnica verifica que las orientaciones y acompañamiento técnico brindado a los sectores de la administración Distrital, se realicen con base en los lineamientos y documentos de gestión formalizados.	Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital	No está documentado

**Condición Cuatro:** De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, la estructura para la descripción del control debe contener el componente relacionado con la desviación del control, el cual debe permitir identificar las acciones que se ejecutan cuando se presentan desviaciones, inconsistencias, incumplimientos o situaciones no esperadas derivadas de la ejecución del control.



De la verificación, se evidenció que en treinta y dos (32) controles no se establecen de manera clara las acciones a ejecutar frente a desviaciones, inconsistencias, incumplimientos o situaciones detectadas durante la aplicación del control, sin definir las medidas correctivas, preventivas o de escalamiento correspondientes frente a los hallazgos identificados.

**Tabla 13.** Controles con debilidades en la redacción, sin desviaciones.



Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
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 a las pruebas legalmente aportadas al proceso Disciplinario. Procedimiento: GDIS-PR-2 - DISCIPLINARIO ORDINARIO.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indica qué acciones se deben tomar en caso de identificar inconsistencias, retrasos o incumplimientos en los procesos disciplinarios.	Gestión Disciplinaria

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	



Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
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	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indica qué acciones se deben tomar en caso de identificar inconsistencias, retrasos o incumplimientos en los procesos disciplinarios.	Gestión Disciplinaria
5019	La persona asignada del equipo de Servicio a la Ciudadanía realiza semestralmente la verificación de la inclusión y publicación del mensaje de gratuidad en los diferentes canales de atención de la entidad.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a situaciones en las que el mensaje de gratuidad no se encuentre incluido o publicado.	Relacionamiento con la Ciudadanía
5022	El profesional responsable del equipo de Autonomía Económica verifica a través de los documentos (correos, folletos, redes sociales) que la información acerca de los servicios divulgados y ofertados para la generación de ingresos de las mujeres cuente con los anuncios de gratuidad de los mismos.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones en caso de identificar ausencia de anuncios de gratuidad o inconsistencias en la información divulgada.	Desarrollo de Capacidades para la Vida de las Mujeres
5023	Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente al incumplimiento de la gratuidad en las socializaciones.	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado
5025	La profesional asignada de la DTDP verifica que no exista conflicto de intereses entre el personal de la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación que realizan actividades con edilesas y las edilesas de Bogotá. Procedimiento: PPRM-Acompañamiento técnico a las Edilesas de las Juntas Administradoras Locales de Bogotá	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indica qué acciones se realizan en caso de identificar conflictos de interés.	Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres
6315	La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM. Procedimiento TPP-PR-11 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO A TRAVÉS DE REFERENTES	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones en caso de evidenciar incumplimientos relacionados con la gratuidad.	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	



Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
6316	La profesional asignada de la DTDP verifica la aceptación de los compromisos de gratuidad en las concertaciones realizadas para el desarrollo de las actividades a través de terceros en las CIOM. TPP-PR-11 Implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad De Género a Través de Referentes	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a la no aceptación de los compromisos de gratuidad.	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres
5038	El jefe de la Dirección de Contratación responderá por la efectiva verificación del contenido de los estudios previos cada vez que se realiza un proceso contractual de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión y de Bienes y Servicios, con el fin de validar que se encuentra acorde a lo establecido en la normatividad vigente aplicable. Procedimiento: GC-PR-1 - Estructuración Estudios Previos.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones en caso de identificar inconsistencias o incumplimientos normativos en los estudios previos.	Gestión Contractual
5040	El profesional designado del Proceso Contractual cada vez que se requiera, responderá las observaciones recibidas a través de las plataformas transaccionales en los plazos establecidos por la Ley para los procesos de selección publicados por la entidad. Procedimiento: GC-PR-6 - Contratación de Mínima Cuantía; GC-PR-7 - Licitación Pública; GC-PR-8 - Selección Abreviada Subasta Inversa; GC-PR-9 - Selección Abreviada Menor Cuantía y GC-PR-5 - Concurso de Méritos	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones a tomar en caso de no cumplir con los plazos establecidos por la ley.	Gestión Contractual
5041	El profesional responsable de adelantar el proceso contractual realiza la publicación de los estudios previos y documentos asociados al proceso que se adelanta.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a la no publicación o publicación incompleta de los documentos.	Gestión Contractual

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado: 3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	



Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
5054	La o el profesional responsable de la Dirección de Talento Humano, realiza la verificación del cumplimiento de los requisitos de nombramiento del futuro funcionario conforme al Manual de Funciones y Competencias, a través del formato GTH-FO-41 "Revisión de cumplimiento de requisitos mínimos", realiza la consulta de que no esté inhabilitada para desempeñar empleos públicos a través de las entidades responsables de emitir los certificados oficiales, valida que no esté disfrutando de una pensión o que se encuentre en edad de retiro forzoso, salvo las excepciones que establezca la ley; también, que no esté en interdicción para el ejercicio de funciones públicas (es decir, no tener limitaciones legales para decidir o actuar), que tenga definida la situación militar, en los casos en que aplique (mayores de edad que deben cumplir con el servicio militar) y que cuente con el certificado médico de aptitud física y mental confirmando la verificación del cumplimiento de los requisitos a través de resolución el nombramiento.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones a tomar en caso de no cumplir con los requisitos de nombramiento.	Gestión Talento Humano
5084	Controlar la consulta de la documentación que reposa en el archivo central, de acuerdo con las tablas de control de acceso Procedimiento: GD-IN-6 - TABLAS DE CONTROL DE ACCESO	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a accesos no autorizados o incumplimientos en la consulta documental.	Gestión Administrativa
5111	El profesional responsable del proceso revisa y registra la información correspondiente en SIPROJ según lineamientos institucionales.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a inconsistencias o errores en la información registrada.	Gestión Jurídica
5114	El profesional responsable del proceso cada vez que se requiera revisa la versión final del concepto jurídico corregido y lo envía para firma por parte de la Jefe de la Oficina Jurídica.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones en caso de identificar errores o inconsistencias en el concepto jurídico.	Gestión Jurídica
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	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a diferencias o inconsistencias en los inventarios.	Gestión Administrativa

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado: 3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
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.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a inconsistencias en la entrega de bienes o materiales.	Gestión Administrativa
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	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones en caso de identificar novedades o inconsistencias en los inventarios o pólizas.	Gestión Administrativa
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	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones en caso de desviaciones.	Gestión Administrativa
5215	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la formulación del plan de acción.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a inconsistencias en la formulación del plan de acción.	Direccionamiento Estratégico
6232	El profesional responsable del proceso verifica la versión final del seguimiento al plan de acción.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a inconsistencias en el seguimiento del plan de acción.	Direccionamiento Estratégico
6244	El profesional responsable del proceso verifica la versión final de la actualización del plan de acción.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a inconsistencias en la actualización del plan de acción.	Direccionamiento Estratégico
6229	Presentar y Analizar en el CICCI a solicitud de los procesos auditados, las diferencias que surjan en el desarrollo de las auditorías y/o seguimientos/reglamentarios con el propósito de resolver estas, cuyos resultados serán documentados en las actas del CICCI.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a las diferencias identificadas en el CICCI.	Evaluación Independiente de la Gestión

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	

Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
5235	<p>Las profesionales del Equipo Técnico de la Secretaría Distrital de la Mujer a cargo de las Casas Refugio, revisan y analizan la información recibida en la solicitud y el Sistema de Información Misional-SIMISIONAL de la entidad, para verificar los criterios de acogida establecidos en el Acuerdo 631 de 2015 y aquellas normas que lo modifiquen o sustituyan, y en los protocolos/guías de Ingreso, Permanencia y Egreso de los modelos de atención de las Casas Refugio.</p> <p>Procedimiento: PAMVV-PR-5 - Acogida, Protección y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia En Casas Refugio</p> <p>Se revisa la matriz reporte de cupos para verificar la disponibilidad. Cuando se requiera ampliar información o corroborar datos suministrados, las profesionales se contactarán con quien realizó la solicitud por medio de correo electrónico y/o canales telefónicos dispuestos. De acuerdo con esta revisión y la existencia de cupos se decide si se cumple con los criterios para asignar el cupo o negarlo, en este último caso, también se informarán los motivos de no acogida.</p>	<p>No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a desviaciones identificadas.</p>	<p>Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres</p>
5239	<p>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. Procedimiento: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD</p>	<p>No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones en caso de presentarse desviaciones.</p>	<p>Gestión Financiera</p>
5241	<p>Segregación de funciones para separar las responsabilidades de las personas que intervienen en el proceso de pagos, el cual se aplica en la asignación usuarios según las responsabilidades establecidas para cada una de las actividades que intervienen en el proceso de autorización y registro de pagos. Procedimientos: GF-PR-10 - GESTION DE PAGOS DE LA ENTIDAD</p>	<p>No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a conflictos de roles o incumplimientos en la segregación de funciones.</p>	<p>Gestión Financiera</p>
5242	<p>Realizar la Conciliación entre cuentas Procedimientos:GF-PR-9 - REGISTRAR OPERACIONES CONTABLES</p>	<p>No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a diferencias o inconsistencias identificadas en la conciliación.</p>	<p>Gestión Financiera</p>



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE          LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE          AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Control	Descripción del Control	Desviación del Control	Proceso Responsable
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). Procedimientos:	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a la ausencia de información sobre gratuidad.	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres
5295	El profesional responsable de adelantar el proceso contractual consulta y valida los documentos de evaluación en las plataformas distritales y nacionales.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a inconsistencias identificadas en los documentos de evaluación.	Gestión Contractual
6290	La o el profesional encargado de la Dirección de Talento Humano descarga el reporte de las actualizaciones y publicaciones de las declaraciones de conflictos de interés realizadas por las servidoras y servidores en las plataformas y/o aplicativos destinados para tal fin, con el propósito de verificar la existencia de conflictos de interés al interior de la Entidad.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se indican acciones frente a posibles conflictos de interés identificados.	Gestión Talento Humano
6304	El profesional responsable del proceso revisa la solicitud de administración de contenidos remitida por el proceso, verificando información clara, completa y precisa.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a información incompleta o inconsistente.	Comunicación Estratégica
6318	La profesional responsable de la asistencia técnica verifica que las orientaciones y acompañamiento técnico brindado a los sectores de la administración Distrital, se realicen con base en los lineamientos y documentos de gestión formalizados.	No se evidencia desviación del control, debido a que no se establecen acciones frente a incumplimientos o inconsistencias identificadas en las orientaciones	Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos de las Mujeres, Género y Poblacional Diferencial en el Distrito Capital

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

Adicionalmente, cabe mencionar que la presente oportunidad de mejora responde a la ineffectividad declarada al **plan de mejoramiento ID1361 y 1363**, por lo cual, se deberá tomar las acciones pertinentes para mitigar la causa raíz del hallazgo.

**Criterio:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7, 2025. Punto 3.8. Estructura para la Descripción del Control: Se tiene entonces que, para la redacción del control es necesario aplicar todos los atributos acá descritos, de manera tal que se constituyan en una herramienta de control efectiva, los cuales se agrupan a través de la estructura para la redacción del control.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

**Causa:** Debilidades en la aplicación de los lineamientos metodológicos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, relacionados con la estructuración y documentación de los controles institucionales. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Dificultades para identificar claramente los responsables de la ejecución de los controles, lo cual puede afectar la asignación de responsabilidades, el seguimiento, la trazabilidad, el monitoreo y la evaluación de la efectividad de las actividades de control implementadas por la entidad.

**3.2.5.1. Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:



*Desde la segunda línea de defensa, durante el primer trimestre ha venido adelantando un proceso de fortalecimiento metodológico que incluye la actualización de la Política Institucional de Gestión del Riesgo y posterior programación de mesas de trabajo con los procesos, orientadas a:*

- *Mejorar la estructuración y redacción de los controles, asegurando su claridad, trazabilidad y relación directa con las causas de los riesgos.*
- *Verificar la adecuada clasificación de los controles (preventivos, detectivos y correctivos).*
- *Fortalecer la definición de responsables, periodicidad y evidencias asociadas a cada control.*
- *Asegurar la coherencia entre riesgos, causas y controles, conforme a los lineamientos de Función Pública.*
- *Promover la efectividad de los controles como mecanismo para mitigar la materialización de riesgos.*

*En ese sentido, la acción de mejora anterior descrita incluirá los lineamientos para fortalecer la descripción de controles. Igualmente, desde la Oficina Asesora de Planeación se continuará brindando acompañamiento técnico y monitoreo preventivo, promoviendo el fortalecimiento del autocontrol, la gestión preventiva y la mejora continua en el marco de MIPG.*

*Por lo anterior, teniendo en cuenta que estos lineamientos ya se encuentran incorporados dentro de la acción de mejora propuestas, para la actualización de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, no se contemplan acciones adicionales a las ya definidas.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez analizada la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación, la OCI reconoce las acciones que actualmente viene adelantando la segunda línea de defensa para fortalecer la gestión integral del riesgo, especialmente las relacionadas con la actualización de lineamientos institucionales, el acompañamiento metodológico a los procesos y el fortalecimiento en la descripción y estructuración de controles.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Así mismo, se destaca que la dependencia tiene proyectado desarrollar mesas de trabajo y acciones orientadas a mejorar aspectos relacionados con la definición de responsables, periodicidad, clasificación y evidencias asociadas a los controles institucionales, en concordancia con los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación efectuada se identificaron debilidades en los controles registrados en el aplicativo LUCHA, relacionadas con atributos metodológicos incompletos o no definidos. En este sentido, las acciones descritas corresponden a medidas correctivas y preventivas posteriores al ejercicio auditor, por lo cual no modifican las situaciones observadas durante la verificación realizada.

### **3.2.5.2. Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno.**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000952 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“ Frente a esta oportunidad de mejora, se solicitará a la Oficina Asesora de Planeación acompañamiento técnico y metodológico, con el propósito de fortalecer la estructura y redacción de los controles, garantizando su calidad, trazabilidad y relación directa con las causas de los riesgos identificados.”*



**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina de Control Disciplinario Interno y se reconoce la disposición de la dependencia para solicitar acompañamiento metodológico a la Oficina Asesora de Planeación.

Es importante aclarar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles del proceso, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

### **3.2.5.3. Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente a la “Condición Dos”, relacionada con la presunta ausencia del componente “Periodicidad” en la descripción de los controles, se considera importante precisar que, en principio, la actualización de dichos controles se realizó considerando las orientaciones emitidas por la Oficina Asesora de Planeación, la cual, mediante correo electrónico del 11 de diciembre de 2025, remitió una propuesta de redacción orientada a facilitar la alineación de los controles con los lineamientos institucionales.”*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*Adicionalmente, se considera que los controles observados sí contienen elementos que permiten identificar el momento de ejecución de la actividad de control, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 del DAFP.*

*En el caso del control 5054:*

*“La o el profesional responsable de la Dirección de Talento Humano realiza la verificación del cumplimiento de los requisitos de nombramiento del futuro funcionario (...) confirmando la verificación del cumplimiento de los requisitos a través de resolución de nombramiento”, la descripción del control sí permite identificar el momento de ejecución de la actividad, toda vez que la validación se realiza de manera previa a la expedición del acto administrativo de nombramiento y como requisito para su formalización. En este sentido, el control incorpora una periodicidad asociada al evento de vinculación o provisión de empleo, es decir, “cada vez que se realiza un nombramiento”, aun cuando dicha expresión no se encuentre redactada literalmente.*

*De igual manera, respecto al control 6290:*



*“La o el profesional encargado de la Dirección de Talento Humano descarga el reporte de las actualizaciones y publicaciones de las declaraciones de conflictos de interés realizadas por las servidoras y servidores (...) con el propósito de verificar la existencia de conflictos de interés al interior de la Entidad”, la descripción permite identificar que la actividad de control se ejecuta conforme a las actualizaciones y publicaciones efectuadas en las plataformas y aplicativos definidos para tal fin. Por tanto, el control está asociado a la ocurrencia de dichas actualizaciones y a la necesidad de verificar la información reportada.*

*Finalmente, se considera que los controles sí contienen elementos que permiten identificar la oportunidad de ejecución de las actividades de control, aunque las formulaciones podrían fortalecerse mediante la incorporación expresa de términos de frecuencia, con el fin de facilitar su lectura y estandarización conforme a las recomendaciones de la Guía del DAFP.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se revisó la réplica presentada por la Dirección de Talento Humano y se reconoce la aclaración realizada respecto a la interpretación de la periodicidad en los controles, así como las orientaciones metodológicas emitidas previamente por la Oficina Asesora de Planeación.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la verificación realizada se evidenció que los controles 5054 y 6290 no incorporan de manera explícita la periodicidad de ejecución, lo cual limita su claridad y estandarización frente a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, la propia dependencia señala que las formulaciones pueden fortalecerse mediante la incorporación explícita de términos de frecuencia, situación que coincide con lo identificado durante el ejercicio auditor.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

#### **3.2.5.4. Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000959 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Se acogerán las recomendaciones emitidas por la Oficina Asesora de Planeación en el fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, emitidas en el radicado 3-2026-000947 del 20 de mayo de 2026.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibe la información presentada por la Dirección de Contratación respecto a la adopción de las recomendaciones y lineamientos que serán fortalecidos por la Oficina Asesora de Planeación en materia de gestión del riesgo.



La **oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles asociados al proceso, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

#### **3.2.5.5. Respuesta del Auditado: Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000964 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En atención al informe preliminar de Auditoría Interna de Cumplimiento “Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025”, la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades, en articulación con la Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, se permiten presentar las siguientes consideraciones, particularmente frente a las oportunidades de mejora OM-04-Varios-2026 y OM-05-Varios-2026, relacionadas con debilidades en la definición de riesgos y la descripción de controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*

*Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso actualmente denominado “Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres” integró, dentro de la nueva estructura del mapa de procesos institucional, los procesos anteriormente denominados “Prevención de Violencias y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia”, liderado por la Dirección de Eliminación de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, y “Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres”, liderado por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*En ese sentido, las observaciones formuladas en el informe preliminar de auditoría serán abordadas desde la Subsecretaría de Fortalecimiento, en calidad de líder del proceso actual, en el marco de la revisión integral que se adelantará sobre los riesgos y controles asociados al alcance del nuevo proceso unificado, para lo cual se presentan las siguientes consideraciones:*

*Desde la Oficina Asesora de Planeación se lideró el ejercicio institucional de actualización documental y rediseño del mapa de procesos de la Secretaría Distrital de la Mujer, proceso que, debido a la complejidad, transversalidad y robustez de los procesos misionales, requirió un mayor tiempo de desarrollo y consolidación, finalizando, para dichos procesos, en agosto de 2025.*

*En el marco de este ejercicio institucional, y en el marco del alcance del nuevo proceso, implicó una reorganización funcional, técnica, metodológica y documental de los procesos misionales asociados, por lo que la Subsecretaría ha venido adelantando de manera progresiva las labores de armonización documental, articulación técnica y revisión metodológica con las dependencias que actualmente hacen parte del proceso, con el propósito de identificar integralmente los riesgos, controles y documentos asociados, conforme a la nueva estructura funcional y operativa definida institucionalmente.*



*Ahora bien, respecto a la gestión de riesgos, es importante precisar que actualmente se encuentra pendiente la actualización de la guía metodológica por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a partir de la cual la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa, emitirá los lineamientos institucionales definitivos para la actualización y reestructuración de los riesgos y controles institucionales.*

*En razón a ello, mientras se consolidan dichos lineamientos institucionales, la Subsecretaría continuó realizando el seguimiento y monitoreo de los riesgos y controles existentes bajo la metodología vigente, garantizando la continuidad de los ejercicios de control y administración del riesgo, así como el reporte correspondiente en las herramientas institucionales definidas para tal fin.*

*No obstante, en atención a las observaciones formuladas en el informe preliminar, actualmente se encuentra en proceso de articulación técnica con las dependencias que conforman el nuevo alcance del proceso, con el fin de adelantar una revisión integral de los riesgos y controles identificados para “Prevención de Violencias y Atención Integral a Mujeres” y “Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres”, particularmente de los riesgos de corrupción ID 1959 y 1991, y sus respectivos controles asociados.*

*En este ejercicio se pretende revisar y fortalecer metodológicamente la estructuración de los riesgos y controles conforme a los lineamientos establecidos y en el marco de las observaciones relacionadas por su parte en el informe:*

- La adecuada definición del componente “QUÉ” (impacto), incorporando de manera clara las consecuencias o afectaciones institucionales derivadas de la posible materialización del riesgo.*
- La revisión del componente “POR QUÉ” (causa raíz), con el fin de identificar de manera precisa las causas principales o básicas que permiten la materialización del riesgo.*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

- *La alineación técnica entre causas, riesgos y controles.*
- *El fortalecimiento de la descripción de los controles, incluyendo responsable, periodicidad, documentación asociada, trazabilidad y acciones frente a desviaciones, inconsistencias o incumplimientos identificados durante la ejecución del control.*
- *La armonización de los controles con los procedimientos, protocolos, guías y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión derivados de la nueva caracterización del proceso.*
- *La validación de los controles asociados a los ID 5235 y 5291, en función de fortalecer su documentación, estructura metodológica y alineación con la Guía del DAFP y las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno.*

*En consecuencia, las observaciones identificadas en el informe preliminar corresponden principalmente a un escenario temporal de transición organizacional, metodológica y documental derivado del proceso de actualización institucional actualmente en curso, más no a la inexistencia de controles, ausencia de seguimiento o falta de gestión frente a la administración de riesgos.*



*Por el contrario, la Subsecretaría se encuentra adelantando acciones de fortalecimiento y ajuste orientadas a consolidar la actualización integral de los riesgos, controles y documentación asociada, garantizando su alineación con la nueva estructura del proceso, los lineamientos institucionales que emita la Oficina Asesora de Planeación y las disposiciones metodológicas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.*

*En este sentido, solicitamos desestimar las oportunidades de mejora OM-04-Varios-2026 y OM-05-Varios-2026.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Subsecretaría de Fortalecimiento de Capacidades y Oportunidades y se reconocen las aclaraciones relacionadas con el proceso de actualización metodológica, armonización documental y revisión integral de riesgos y controles derivados de la unificación del proceso misional.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la descripción y estructuración de los controles asociados a los riesgos ID 1959 y 1991, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, aunque la dependencia informa que actualmente adelanta acciones de fortalecimiento y ajuste metodológico, estas acciones corresponden a medidas posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación efectuada en el aplicativo LUCHA y los documentos asociados al proceso.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

### 3.2.5.6. Respuesta del Auditado: Dirección del Sistema de Cuidado

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000962 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección del Sistema de Cuidado, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Se presentan cuatro (4) condiciones identificadas en la auditoría, relacionadas con la estructura para la descripción del control, específicamente en los componentes: responsable, periodicidad, documentación y desviación del control, de acuerdo con lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, del Departamento Administrativo de la Función Pública. En relación con el proceso, se señalan las siguientes observaciones:*

*- Controles con debilidades en la redacción, sin responsable asignado. ID 5023: Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado.*

*- Controles con debilidades en la redacción, sin periodicidad asignado. ID 5023: Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado.*

*- Controles con debilidades en la redacción, sin desviaciones. ID 5023: Verificar que la información acerca de los servicios ofertados incluya su gratuidad en las socializaciones de las manzanas de cuidado.*



*Para lo anterior, esta Dirección llevará a cabo las mesas de trabajo necesarias, una vez se definan los lineamientos correspondientes por parte de la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de realizar los ajustes observados a la mayor brevedad, fortaleciendo la formulación y actualización de los riesgos y controles, de conformidad con lo establecido en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del DAFP.*

*Cabe señalar que, al tratarse de una oportunidad de mejora y no de un incumplimiento, no existe la obligación de elaborar un plan de mejoramiento. Por lo anterior, la Dirección del Sistema de Cuidado llevará a cabo las mesas de trabajo para efectuar los ajustes correspondientes y, una vez actualizada la información en el aplicativo LUCHA, socializará lo relacionado con el equipo de trabajo, dejando como soporte de la gestión realizada el acta del espacio.*

*De acuerdo con lo informado, la Dirección del Sistema Distrital del Cuidado queda atenta a resolver cualquier observación o inquietud que se pueda presentar.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibió la información presentada por la Dirección del Sistema de Cuidado respecto a las acciones que proyecta adelantar para fortalecer la formulación y actualización de los riesgos y controles asociados al proceso, en articulación con los lineamientos que emita la Oficina Asesora de Planeación.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la descripción del control ID 5023, particularmente en los componentes

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

relacionados con responsable, periodicidad y desviación del control, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, aunque la dependencia informa que adelantará mesas de trabajo y ajustes metodológicos, estas acciones corresponden a actividades posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación realizada.

### **3.2.5.7. Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000965 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas en el informe del asunto, me permito informar que la Oficina Jurídica ha venido trabajando con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización y reformulación de los riesgos y puntos de control del proceso a cargo, con el fin de que concuerden con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública emitida en agosto de 2025.*



*Ahora bien, en cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas con los controles y la identificación de riesgos asociados al proceso de gestión jurídica, descritos en el informe de la siguiente manera:*

- *Oportunidad de Mejora (OM-04-VARIOS-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del departamento Administrativo de la Función Pública.*
- *Oportunidad de Mejora (OM-05-VARIOS-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.*
- *Oportunidad de Mejora (OM-07-VARIOS-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.*
- *Oportunidad de Mejora (OM-08-VARIOS-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.*

*Con relación a las situaciones identificadas en las oportunidades de mejora, me permito señalar que la Oficina Jurídica y la Oficina Asesora de Planeación, han venido trabajando en la evaluación y gestión de los riesgos, controles y evidencias actuales asociadas al proceso a cargo de esta dependencia.*

*En dichas reuniones se identificó la necesidad de actualizar la información en el sistema LUCHA, teniendo en cuenta que, a pesar de los cambios realizados en el 2025, se continúan presentando novedades en los reportes de los controles y sus evidencias para que atiendan a lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas prevista para el mes de junio de 2026.*

*Atendiendo a lo señalado anteriormente, solicito evaluar la eliminación de la Oportunidad de Mejora ya que se ha dado cumplimiento a la mejora continua del proceso y a orientar los*

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

*riesgos y controles de la dependencia hacia la trazabilidad de los requerimientos asignados para respuesta de la Oficina Jurídica.*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina Jurídica y se reconocen las acciones adelantadas en articulación con la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer la actualización y reformulación de los controles asociados al proceso de Gestión Jurídica.

Es importante aclarar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, porque durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la descripción y estructuración de los controles, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, aunque la dependencia informa que viene adelantando actividades de actualización y ajuste metodológico en el aplicativo LUCHA, dichas acciones corresponden a medidas posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación efectuada.

**3.2.6. Oportunidad de Mejora (OM-06-GTH-2026): Debilidades en la Asignación de Responsabilidades para la ejecución y seguimiento de los controles.**

**Condición:** De acuerdo con la verificación efectuada, se evidenció que en los controles identificados con los ID 5054 y 6290, correspondientes al proceso Gestión Talento Humano, la servidora "Estrella Irene Parra Cordero" figura tanto como responsable de ejecución como responsable de seguimiento del control.



Según la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, quien ejecuta el control no debe ser la misma persona encargada de realizar su seguimiento o monitoreo, con el fin de fortalecer la independencia, objetividad y efectividad de las actividades de control.

**Tabla 14.** Controles con debilidades en la redacción, sin responsable asignado.

Control	Proceso Responsable	Responsable de ejecución (Cargue del control)	Responsable de seguimiento (Cargue del control)
5054	Gestión Talento Humano	Andrea Milena Parada Ortiz Estrella Irene Parra Cordero	Estrella Irene Parra Cordero
6290	Gestión Talento Humano	Andrea Milena Parada Ortiz Estrella Irene Parra Cordero	Estrella Irene Parra Cordero

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Criterio:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. Punto 3.8 "Estructura para la Descripción del Control".

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**Causa:** Debilidades en la aplicación de los lineamientos metodológicos relacionados con la definición de responsables y la segregación de funciones en la estructuración de los controles institucionales. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posible afectación en la independencia, objetividad y efectividad del seguimiento de los controles, así como limitaciones en la trazabilidad y monitoreo de las actividades de control implementadas por la entidad.

### 3.2.6.1. **Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Desde la Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las funciones de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, ha adelantado el proceso de actualización de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, en armonización con las directrices emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.*



*En el marco de este ejercicio, y como líder del proceso, se realizará articulación con la dependencia responsable con el fin de subsanar la debilidad identificada, asegurando la adecuada designación de responsables para la ejecución y seguimiento de los controles, así como la definición clara de sus roles, responsabilidades y periodicidad de actuación.*

*Así mismo, se promoverá el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y monitoreo de los controles, garantizando su trazabilidad, efectividad y coherencia con los riesgos identificados.*

*De igual manera, esta oportunidad de mejora será abordada dentro de la acción de mejora orientada a la actualización de los lineamientos institucionales de gestión del riesgo, por lo que no se contemplan acciones adicionales a las ya definidas, asegurando su tratamiento integral en el marco del fortalecimiento institucional de la gestión del riesgo.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación y se reconocen las acciones planteadas para fortalecer los lineamientos institucionales relacionados con la gestión del riesgo y la segregación de funciones en los controles.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, toda vez que durante la verificación realizada en el aplicativo LUCHA se evidenció que en los controles 5054 y 6290 la misma servidora figura como responsable de ejecución y seguimiento del control, situación que no se ajusta a los lineamientos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

En este sentido, las acciones propuestas corresponden a medidas de mejora posteriores que no desvirtúan la situación identificada durante el ejercicio auditor.

### **3.2.6.2. Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“ Al respecto, es importante precisar que la asignación de responsabilidades registrada en la plataforma fue realizada considerando las evidencias de ejecución y seguimiento que debían ser cargadas durante el primer cuatrimestre de la vigencia actual.*



*Si bien en el sistema la responsabilidad del seguimiento aparece asociada a la servidora Estrella Irene Parra Cordero, las evidencias aportadas permiten verificar que el seguimiento, revisión y aprobación de la información fue efectuado por la Directora de Talento Humano (E), quien en la práctica ejerce el rol de seguimiento y monitoreo del control.*

*En consecuencia, aunque en la parametrización del aplicativo coinciden los responsables de ejecución y seguimiento, sí existió una instancia de revisión independiente, evidenciada en la validación y aprobación realizada por la Directora de Talento Humano (E), garantizando así el ejercicio de control y supervisión sobre las actividades ejecutadas.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez analizada la réplica presentada por la Dirección de Talento Humano, se reconoce la aclaración efectuada respecto a la revisión y validación realizada por la Directora de Talento Humano (E) sobre las evidencias de ejecución y seguimiento de los controles observados.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, porque durante la verificación efectuada en el aplicativo LUCHA se evidenció que la parametrización de los controles 5054 y 6290 registra a la misma servidora como responsable de ejecución y seguimiento, situación que no se ajusta a los lineamientos metodológicos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, relacionados con la segregación de funciones y la independencia del seguimiento.

En este sentido, aunque se informa que existió revisión posterior por parte de la Dirección de Talento Humano, esta validación no modifica la configuración observada en el aplicativo al momento de la evaluación.

	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Versión: 06	

**3.2.7. Oportunidad de mejora (OM-07-Varios-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.**



**Condición:** De acuerdo con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, los controles asociados a los riesgos institucionales deben encontrarse documentados dentro de los procedimientos, instructivos, guías, manuales u otros documentos oficiales del Sistema Integrado de Gestión, de manera que permitan evidenciar formalmente su diseño, ejecución, seguimiento, trazabilidad y aplicación dentro de los procesos institucionales.

En este sentido, la documentación del control es un elemento esencial para garantizar la estandarización de las actividades de control, facilitar su consulta y monitoreo, así como asegurar la adecuada comprensión de las acciones implementadas para la mitigación de los riesgos institucionales.

Se evidenció que en quince (15) controles identificados en la tabla 15, presentan debilidades relacionadas con la documentación de los controles.

**Tabla 15. Controles con debilidades en la documentación.**

Control	Proceso	Documento
5011	Gestión Disciplinaria	GDIS-PR-2 - Disciplinario Ordinario. No se encuentra específicamente documentado, el seguimiento es trimestral pero el informe es semestral
5024	Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres	1426 - Procedimiento Para Implementar Procesos De Desarrollo De Capacidades Digitales De Las Mujer (D), No se encuentra específicamente este procedimiento.
6315	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres	1065 - Implementación De La Política Pública De Mujeres Y Equidad De Género A Nivel Local (D), No se encuentra documentado el control
6316	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y para los Derechos de las Mujeres	1065 - Implementación De La Política Pública De Mujeres Y Equidad De Género A Nivel Local (D), No se encuentra documentado el control
5038	Gestión Contractual	442 - Estructuración Estudios Previos (D), No se encuentra documentado el control
5054	Gestión Talento Humano	639 - Vinculación De Personal (D), No se encuentra documentado el control
5084	Gestión Administrativa	GD-IN-6 - Tablas De Control De Acceso, Nombre Real Gd-Gu-6 - Elaboración De La Tabla De Control De Acceso (TCA) - V2, no se encuentra documentado
5111	Gestión Jurídica	89 - Defensa Judicial Contencioso Administrativo (D), no se encuentra documentado

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Proceso	Documento
5169	Gestión Administrativa	786 - Gestión De Inventarios (D), no se encuentra documentado
5170	Gestión Administrativa	788 - Controlar El Traslado, Préstamo o Reintegro A Almacen De Bienes Devolutivos O Consumo Cont (D), no se encuentra documentado
6281	Gestión Administrativa	453 - Procedimiento Afectación Póliza De Seguros (D), no se encuentra documentado
6282	Gestión Administrativa	453 - Procedimiento Afectación Póliza de Seguros (D), no se encuentra documentado
5239	Gestión Financiera	157 - Gestión de Pagos de la Entidad (D), No se encuentra específicamente documentado
5241	Gestión Financiera	157 - Gestión de Pagos de la Entidad (D), No se encuentra específicamente documentado
5295	Gestión Contractual	446 - Licitación Pública (D), No 447 - Selección Abreviada Subasta Inversa (D), No 448 - Selección Abreviada Menor Cuantía (D) No 1072 - Estudios Previos Para Mínima Cuantía (F), No se encuentra documentado.

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

**Criterio:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, 2025. Punto 3.8 “Estructura para la Descripción del Control”, la cual establece que los controles deben encontrarse claramente definidos y documentados, permitiendo evidenciar su aplicación, trazabilidad y seguimiento dentro de los procesos institucionales.



Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7, 2025. Punto 3.8. Estructura para la Descripción del Control: Se tiene entonces que, para la redacción del control es necesario aplicar todos los atributos acá descritos, de manera tal que se constituyan en una herramienta de control efectiva, los cuales se agrupan a través de la estructura para la redacción del control.

**Causa:** Debilidades en la documentación, actualización y articulación de los controles dentro de los procedimientos y documentos asociados al Sistema Integrado de Gestión. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posibles dificultades para garantizar la trazabilidad, estandarización, consulta, monitoreo, seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles implementados para la mitigación de los riesgos institucionales.

### 3.2.7.1. Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*“Desde la Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las funciones de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se adelantará el proceso de actualización de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, en armonización con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública.*

*En este sentido, y en articulación con la Secretaría General de la Alcaldía, se encuentra en curso la definición de lineamientos institucionales que permitirán fortalecer la documentación de los controles, asegurando que estos cuenten con una descripción clara, estructurada y coherente, que incluya elementos como responsable, periodicidad, evidencia, propósito y relación directa con las causas del riesgo.*

*Una vez se cuente con estos lineamientos, se desarrollarán mesas de trabajo con los procesos, orientadas a revisar, ajustar y fortalecer la documentación de los controles existentes, así como a estandarizar los criterios metodológicos para su adecuada formulación y registro.*



*Así mismo, como líder del proceso, se realizará acompañamiento técnico a las dependencias responsables con el fin de subsanar las debilidades identificadas, garantizando que la documentación de los controles cumpla con los criterios establecidos y permita evidenciar su aplicación efectiva en el marco de la gestión del riesgo institucional.*

*Finalmente, esta oportunidad de mejora será abordada dentro de la acción de mejora orientada a la actualización de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, por lo que no se contemplan acciones adicionales a las ya definidas, asegurando su tratamiento integral bajo un enfoque de mejora continua.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación, la Oficina de Control Interno reconoce las acciones que se proyectan adelantar para fortalecer la documentación y estructuración de los controles institucionales en el marco de la actualización de los lineamientos de gestión del riesgo.

Cabe aclarar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que durante la verificación realizada se evidenció que quince (15) controles presentaban debilidades en su documentación o no se encontraban claramente definidos dentro de los procedimientos, instructivos, formatos o documentos asociados al Sistema Integrado de Gestión, limitando su trazabilidad y estandarización.

Si bien la dependencia manifiesta que adelantará mesas de trabajo y acompañamiento técnico para fortalecer la documentación de controles, estas acciones corresponden a medidas de mejora posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la revisión efectuada en el aplicativo LUCHA y los documentos asociados a los procesos evaluados.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

### 3.2.7.2. **Respuesta del Auditado: Oficina de Control Disciplinario Interno.**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000952 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“ La Oficina de Control Disciplinario Interno acogerá los lineamientos impartidos por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de líder de la gestión integral de riesgos en la entidad, con el fin de asegurar que los riesgos del proceso cuenten con descripciones claras, estructuradas y coherentes, y que sus controles incorporen elementos tales como responsable, periodicidad, evidencia y documentación ajustada del proceso.*

*Finalmente, se indica que esta Oficina se adhiere a la respuesta emitida por la Oficina Asesora de Planeación mediante el radicado No. 3-2026-000947 del 20 de mayo de 2026, en la cual se señala que, como segunda línea, se desarrollarán mesas de trabajo y ejercicios de acompañamiento metodológico con los procesos. En dichos espacios estaremos atentas a participar y a realizar los ajustes requeridos respecto de las oportunidades de mejora citadas.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Oficina de Control Disciplinario Interno y se reconoce la gestión a realizar frente a la adopción de los lineamientos y acompañamiento metodológico que serán liderados por la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer la documentación y estructuración de los controles asociados al proceso.



Es importante resaltar que, **la oportunidad de mejora se mantiene**, toda vez que durante la evaluación realizada se evidenció que el control ID 5011 presentaba debilidades en su documentación dentro del procedimiento GDIS-PR-2 – Disciplinario Ordinario. En este sentido, las acciones informadas corresponden a medidas a tomar posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan la situación identificada durante la verificación efectuada.

### 3.2.7.3. **Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“ Se aclara que el control sí se encuentra formalmente documentado dentro del Procedimiento de Vinculación de Personal, el cual hace parte del SIG institucional y cumple con los lineamientos establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 del DAFP. En dicho procedimiento se evidencia la incorporación del control en las actividades 3 y 22, donde se describen las acciones y responsables asociados a la mitigación del riesgo.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se analizó la réplica presentada por la Dirección de Talento Humano y se reconoce la aclaración efectuada respecto a la inclusión del control dentro del

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Procedimiento de Vinculación de Personal, particularmente en las actividades 3 y 22 del procedimiento asociado.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la verificación realizada no se evidenció la inclusión del procedimiento en la descripción del control conforme a los criterios metodológicos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

En este sentido, aunque el procedimiento contiene actividades relacionadas con el control, se evidencian oportunidades de fortalecimiento en su documentación y descripción dentro del Sistema Integrado de Gestión.

**3.2.7.4. Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000959 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Se acogerán las recomendaciones emitidas por la Oficina Asesora de Planeación en el fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, emitidas en el radicado 3-2026-000947 del 20 de mayo de 2026.”*



**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibe la información presentada por la Dirección de Contratación respecto a la adopción de las recomendaciones y lineamientos que serán fortalecidos por la Oficina Asesora de Planeación en materia de gestión del riesgo.

La **oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades metodológicas en la formulación de riesgos y controles asociados al proceso, conforme a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

**3.2.7.5. Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000965 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas en el informe del asunto, me permito informar que la Oficina Jurídica ha venido trabajando con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización y reformulación de los riesgos y puntos de control del proceso a cargo, con el fin de que concuerden con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública emitida en agosto de 2025.”*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Ahora bien, en cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas con los controles y la identificación de riesgos asociados al proceso de gestión jurídica, descritos en el informe de la siguiente manera:

- Oportunidad de Mejora (OM-04-VARIOS-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del departamento Administrativo de la Función Pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-05-VARIOS-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-07-VARIOS-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.
- Oportunidad de Mejora (OM-08-VARIOS-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.

Con relación a las situaciones identificadas en las oportunidades de mejora, me permito señalar que la Oficina Jurídica y la Oficina Asesora de Planeación, han venido trabajando en la evaluación y gestión de los riesgos, controles y evidencias actuales asociadas al proceso a cargo de esta dependencia.



En dichas reuniones se identificó la necesidad de actualizar la información en el sistema LUCHA, teniendo en cuenta que, a pesar de los cambios realizados en el 2025, se continúan presentando novedades en los reportes de los controles y sus evidencias para que atiendan a lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas prevista para el mes de junio de 2026.

Atendiendo a lo señalado anteriormente, solicito evaluar la eliminación de la Oportunidad de Mejora ya que se ha dado cumplimiento a la mejora continua del proceso y a orientar los riesgos y controles de la dependencia hacia la trazabilidad de los requerimientos asignados para respuesta de la Oficina Jurídica.

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Se recibió la réplica presentada por la Oficina Jurídica y se reconocen las acciones adelantadas en articulación con la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer la actualización de riesgos, controles y evidencias asociadas al proceso de Gestión Jurídica.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, debido a que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la documentación de los controles asociados en la condición del hallazgo, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Así mismo, aunque la dependencia informa que actualmente adelanta actividades de revisión y ajuste metodológico en el aplicativo LUCHA, estas acciones corresponden a medidas posteriores al ejercicio auditor y no desvirtúan las situaciones identificadas durante la verificación efectuada.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



### 3.2.7.6. Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000950 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Revisado el contenido de la Tabla 15 del informe preliminar, se evidenció que el equipo auditor asoció a nuestros controles el “Procedimiento para Implementar Procesos De Desarrollo De Capacidades Digitales De Las Mujer”, el cual, aunque es ejecutado por nuestra dirección, no pertenece al proceso “Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres” sino que está asociado al proceso de desarrollo de capacidades, de acuerdo con la actualización en el mapa de procesos, realizada a finales de la vigencia pasada. Por tanto, se está evaluando bajo un marco documental ajeno. Con el propósito de dar claridad, a continuación, se relacionan los dos (02) controles con sus procedimientos asociados y el numeral exacto de la actividad, donde se evidencia su documentación:*

<b>Control</b>	<b>Procedimiento Asociado</b>	<b>No actividad en el procedimiento</b>
Constatar que se haya realizado la solicitud de información a terceros (internos y externos) sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres y los servicios de la SDMujer, de manera oportuna y según los medios definidos.	GCE-PR-10 - PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN, VALIDACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN BOGOTÁ - VI	Actividad No 10 en el procedimiento.
Verificar la divulgación oportuna en la página del OMEG, de la información sobre la situación de derechos humanos de las mujeres y servicios de la SDMujer.	GCE-PR-11 - PROCEDIMIENTO PARA DIFUNDIR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN PRODUCIDA POR EL OMEG A LAS INSTANCIAS INTERNAS Y/O EXTERNAS - VI	Actividad No 34 en el procedimiento.

*Así mismo, se informa que estos controles fueron revisados este año con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, realizando los ajustes necesarios en kawak, conforme a la versión 7 de la Guía de Administración de Riesgos.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*De acuerdo con lo detallado, se solicita desvirtuar la observación para el proceso “Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres” y su exclusión en el informe definitivo final.”*



**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se toma en consideración la aclaración relacionada con la actualización del mapa de procesos y la asociación documental de los procedimientos referidos en la observación. Así mismo, se reconoce la información aportada respecto a la documentación de los controles y las revisiones efectuadas durante la vigencia con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la documentación y trazabilidad de los controles asociados al proceso “Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres”, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7.

Se precisa que el control ID 5024 está vigente y registrado actualmente en el aplicativo LUCHA, el cual continúa asociado al proceso “Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres”, correspondiente al proceso responsable evaluado dentro de la presente auditoría.

En este sentido, la verificación efectuada por la OCI se realizó con base en la información documentada y registrada en el aplicativo LUCHA al momento de la evaluación, razón por la cual la réplica presentada no desvirtúa la situación identificada durante el ejercicio auditor.

Por lo anterior, será necesario que la dependencia garantice la actualización y ajuste de la información registrada en el aplicativo, de acuerdo con las mesas de trabajo adelantadas con la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de evitar inconsistencias entre la información documentada en LUCHA y la realidad operativa del proceso evaluado.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

**Imagen 2. Control 5024, Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres**

<b>Id</b>	5024	<b>Código</b>	
<b>Fecha de implementación</b>	2025-12-03		
<b>Nombre del control</b>	Verificar in situ de los Centros de Inclusión Digital	<b>Descripción</b>	El profesional designado verifica mensualmente, la gratuidad en la oferta de los Centros de Inclusión Digital, mediante visitas aleatorias y el diligenciamiento de la Ficha de Verificación de Visitas In Situ. El control consiste en confrontar la publicidad física y digital de la gratuidad de los cursos, en caso de identificar inconsistencias, se realizará una acción correctiva inmediata para garantizar que la ciudadanía reconozca el carácter gratuito de los servicios.
<b>Causa(s) asociada(s)</b>	1- Falta de difusión de la gratuidad de los servicios. 2- Falta de sensibilización en principios éticos y compromiso institucional y social. 3- Intereses personales de servidoras, servidores, contratistas o terceros 4- Deficiente seguimiento sobre las actividades de difusión.		
<b>Proceso</b>	GENERACIÓN Y APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTO, SOBRE LA SITUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES		

Fuente: Tomado del aplicativo Lucha.

**3.2.7.7. Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación**



De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000963 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En el procedimiento GTPP-PR-11 - IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO A NIVEL LOCAL del proceso GESTIÓN TERRITORIAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS POR Y PARA LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, en las actividades 13 y 16 se encuentran documentados los controles 6315 y 6316 del riesgo de corrupción 1876, con los correspondientes formatos con los que se hace seguimiento a los mismos.*

13	Hacer	Concertar acciones	Concertar el curso, taller, voluntariado, actividad de bienestar a realizar en las CIOM u otros espacios locales	Dirección de Territorialización de Derechos y Participación	Referente CIOM Abogada CIOM Psicóloga CIOM Profesional asignada Referente CIOM	1 hora	GTPP-FO-10 Concertación de actividades de empoderamiento en las CIOM
16	Verificar	Punto de control Realizar seguimiento	Realizar seguimiento con el curso, taller, voluntariado, actividad de bienestar, de acuerdo con la programación realizada en GTPP-FO-10 Concertación de actividades de empoderamiento en las CIOM	Dirección de Territorialización de Derechos y Participación	Abogada CIOM Psicóloga CIOM Auxiliar Administrativa CIOM Profesional asignada	1 hora	GTPP-FO-15 Seguimiento y evaluación de actividades de empoderamiento en las CIOM

Se solicita la eliminación del proceso Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres como responsable en la Oportunidad de mejora (OM-07- Varios-2026).

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con la respuesta recibida por la Dirección de territorialización de Derechos y Participación, se procedió a verificar los controles ID 6315, ID

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

6316, sin embargo, estos no se evidencian documentados en el procedimiento *GTPP-PR-11 - IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO A NIVEL LOCAL del proceso GESTIÓN TERRITORIAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS POR Y PARA LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, en las actividades 13 y 16.*

Control ID 6315 *La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM. Procedimiento TPP-PR-11 Implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género a Través de Referentes*

CONTROL ID 6316 *La profesional asignada de la DTDP verifica la aceptación de los compromisos de gratuidad en las concertaciones realizadas para el desarrollo de las actividades a través de terceros en las CIOM. TPP-PR-11 Implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género a Través de Referentes*

Lo cuales no corresponden a lo que está escrito en las actividades 13 y 16 del procedimiento



De acuerdo con la réplica presentada por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se procedió a verificar la información relacionada con los controles ID 6315 e ID 6316 dentro del procedimiento GTPP-PR-11 - Implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género a Nivel Local.

Durante la verificación efectuada no fue posible evidenciar que los controles observados se encuentren documentados en las actividades 13 y 16 del procedimiento señalado, conforme fue indicado en la respuesta remitida por la dependencia.

Así mismo, se identificó que los controles registrados en el aplicativo LUCHA corresponden a:

- Control ID 6315: “La profesional asignada de la DTDP realiza la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM.”
- Control ID 6316: “La profesional asignada de la DTDP verifica la aceptación de los compromisos de gratuidad en las concertaciones realizadas para el desarrollo de las actividades a través de terceros en las CIOM.”

Sin embargo, estos controles no guardan correspondencia clara y explícita con lo descrito actualmente en las actividades 13 y 16 del procedimiento. Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que la información presentada no desvirtúa la situación identificada durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

**3.2.8. Oportunidad de mejora (OM-08-Varios-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.**



**Condición:** De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que diez controles relacionados en la tabla 16 no realizaron el cargue de las evidencias de ejecución conforme a la periodicidad establecida en el aplicativo Lucha, Kawak.

En este sentido, se identificaron casos en los que, si bien se evidenció la ejecución del control, los soportes fueron cargados por fuera del periodo definido. Asimismo, se observaron controles en los cuales únicamente se reportó una ejecución durante toda la vigencia evaluada, o cuyo cargue fue efectuado hasta la vigencia siguiente, situación que limita la oportunidad del seguimiento, monitoreo y verificación de la ejecución de los controles implementados durante la vigencia.



De acuerdo con la Guía, los controles deben ejecutarse y documentarse conforme a la periodicidad definida por la entidad, garantizando el cargue oportuno de las evidencias que soportan su aplicación.

**Tabla 16.** Controles que no cargaron la evidencia de ejecución en la periodicidad establecida.

Control	Periodicidad Kawak	Proceso Responsable	Fechas de ejecución del Control	Observación OCI
6315	Cuatrimestral	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres	31/12/2025	El Control fue implementado el 2018-03-06 y solo se reportó ejecución el 31/12/2025. Incumpliendo su reporte de ejecución.
6316	Cuatrimestral	Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres	31/12/2025	El Control fue implementado el 2023-05-26 y solo se reportó ejecución el 31/12/2025. Incumpliendo su reporte de ejecución.
5038	Trimestral	Gestión Contractual	20/03/2025 29/04/2025 25/07/2025 28/08/2025 17/12/2025 23/12/2025	No cumple – Aunque se evidencian varias ejecuciones del control durante la vigencia 2025 (20/03/2025, 29/04/2025, 25/07/2025, 28/08/2025, 17/12/2025 y 23/12/2025), la periodicidad no se mantuvo de manera regular conforme a la frecuencia trimestral definida.
5111	Cuatrimestral	Gestión Jurídica	30/04/2025 29/08/2025 08/01/2026	No cumple. No se evidenció el cargue completo de los tres reportes dentro de la vigencia 2025, debido a que el último registro fue realizado el 08/01/2026, entre el 29/08/2025 y el 08/01/2026 transcurrieron 132

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE LA MUJER</small>	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Control	Periodicidad Kawak	Proceso Responsable	Fechas de ejecución del Control	Observación OCI
				días, presentando una diferencia de 12 días frente a la periodicidad cuatrimestral establecida para la ejecución del control.
5114	Cuatrimestral	Gestión Jurídica	30/04/2025 29/08/2025 08/01/2026	No cumple. No se evidenció el cargue completo de los tres reportes dentro de la vigencia 2025, debido a que el último registro fue realizado el 08/01/2026, entre el 29/08/2025 y el 08/01/2026 transcurrieron 132 días, presentando una diferencia de 12 días frente a la periodicidad cuatrimestral establecida para la ejecución del control.
5169	Anual	Gestión Administrativa	16/01/2026, se cargó hasta enero 2026	No cumple. Aunque el control se encontraba implementado desde el 01/08/2024, durante la vigencia 2025 no se evidenció reporte de ejecución dentro del periodo evaluado. El último reporte registrado corresponde al 19/12/2024 y el siguiente cargue se realizó hasta el 16/01/2026, evidenciando ausencia de ejecución reportada durante la vigencia 2025 conforme a la periodicidad anual establecida. En este sentido, se esperaría que la ejecución del control se reportara dentro del mismo año calendario correspondiente a la vigencia evaluada o, al menos, que no se trasladara el reporte de ejecución a la siguiente vigencia.
5170	Trimestral	Gestión Administrativa	31/03/2025 04/08/2025 12/11/2025	No cumple – Entre el 31/03/2025 y el 04/08/2025 transcurrieron 126 días (36 días de diferencia) y entre el 04/08/2025 y el 12/11/2025 transcurrieron 100 días (10 días de diferencia).
6281	Trimestral	Gestión Administrativa	27/01/2025 25/03/2025 17/07/2025 06/11/2025	No cumple – Entre el 25/03/2025 y el 17/07/2025 transcurrieron 114 días (24 días de diferencia) y entre el 17/07/2025 y el 06/11/2025 transcurrieron 112 días (22 días de diferencia).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN	Código: EIG-FO-2 Versión: 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO	Fecha de Emisión: 15/05/2025	

Control	Periodicidad Kawak	Proceso Responsable	Fechas de ejecución del Control	Observación OCI
6282	Trimestral	Gestión Administrativa	31/03/2025 17/07/2025 06/11/2025	No cumple – Entre el 31/03/2025 y el 17/07/2025 transcurrieron 108 días (18 días de diferencia) y entre el 17/07/2025 y el 06/11/2025 transcurrieron 112 días (22 días de diferencia).
5239	Trimestral	Gestión Financiera	17/03/2025 01/08/2025 28/11/2025	No cumple, entre el 17/03/2025 y el 01/08/2025 transcurrieron 137 días (47 días de diferencia) y entre el 01/08/2025 y el 28/11/2025 transcurrieron 119 días (29 días de diferencia).

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con información consultada en Lucha.

Adicionalmente, cabe mencionar que la presente oportunidad de mejora responde a la ineffectividad declarada al **plan de mejoramiento ID1362**, por lo cual, se deberá tomar las acciones pertinentes para mitigar la causa raíz del hallazgo.

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

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



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

### 3.2.8.1. Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Desde la Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las funciones de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se vienen fortaleciendo los mecanismos de seguimiento y control asociados a la gestión del riesgo institucional.*

*En este sentido, y como parte de las acciones de mejora en curso, se adelantará articulación con las dependencias identificadas en la oportunidad de mejora, con el fin de revisar las*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*causas del cargue extemporáneo de evidencias y definir las correcciones correspondientes que garanticen el cumplimiento oportuno de las obligaciones establecidas.*

*Así mismo, en el marco de la actualización de los lineamientos institucionales de gestión del riesgo, se incorporarán criterios más claros respecto a la periodicidad, responsables y requisitos para el cargue de evidencias, así como mecanismos de control preventivo, tales como alertas y seguimiento periódico, que permitan mitigar la recurrencia de este tipo de situaciones.*

*De igual manera, desde la segunda línea de defensa se continuará fortaleciendo el acompañamiento técnico a los procesos, promoviendo la cultura de autocontrol, la disciplina en el reporte de información y la importancia de la trazabilidad de las evidencias como soporte del funcionamiento efectivo de los controles.*

*Finalmente, esta oportunidad de mejora será abordada dentro de la acción de mejora orientada al fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo y monitoreo, por lo que no se contemplan acciones adicionales a las ya definidas, asegurando su tratamiento integral bajo un enfoque de mejora continua.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** De acuerdo con la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación, la Oficina de Control Interno reconoce las acciones orientadas al fortalecimiento del seguimiento y monitoreo del cargue de evidencias en el aplicativo LUCHA, así como las medidas que permitan mitigar la recurrencia de este tipo de situaciones.



Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la verificación realizada se evidenciaron cargues extemporáneos, reportes incompletos y registros efectuados en la vigencia siguiente en diez (10) controles evaluados, incumpliendo la periodicidad definida en el aplicativo Kawak y limitando la oportunidad del seguimiento y monitoreo de los controles implementados.

Así mismo, se precisa que la presente oportunidad de mejora responde a la ineffectividad declarada del plan de mejoramiento ID 1362, situación que evidencia que persisten debilidades frente al cargue oportuno de las evidencias de ejecución de los controles y, las acciones planteadas por la dependencia corresponden a medidas de fortalecimiento posteriores que no desvirtúan las situaciones identificadas durante el ejercicio auditor.

### **3.2.8.2. Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000965 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“En cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas en el informe del asunto, me permito informar que la Oficina Jurídica ha venido trabajando con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización y reformulación de los riesgos y puntos de control del proceso a cargo, con el fin de que concuerden con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

*Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública emitida en agosto de 2025.*

*Ahora bien, en cuanto a las oportunidades de mejora relacionadas con los controles y la identificación de riesgos asociados al proceso de gestión jurídica, descritos en el informe de la siguiente manera:*

- Oportunidad de Mejora (OM-04-VARIOS-2026): Debilidades en la definición del riesgo conforme a los lineamientos del departamento Administrativo de la Función Pública.*
- Oportunidad de Mejora (OM-05-VARIOS-2026): Debilidades en la descripción de los controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.*
- Oportunidad de Mejora (OM-07-VARIOS-2026): Debilidades en la documentación de controles conforme a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública.*
- Oportunidad de Mejora (OM-08-VARIOS-2026): Debilidades en el cargue de la evidencia de ejecución de los controles en la periodicidad establecida.*

*Con relación a las situaciones identificadas en las oportunidades de mejora, me permito señalar que la Oficina Jurídica y la Oficina Asesora de Planeación, han venido trabajando en la evaluación y gestión de los riesgos, controles y evidencias actuales asociadas al proceso a cargo de esta dependencia.*



*En dichas reuniones se identificó la necesidad de actualizar la información en el sistema LUCHA, teniendo en cuenta que, a pesar de los cambios realizados en el 2025, se continúan presentando novedades en los reportes de los controles y sus evidencias para que atiendan a lo indicado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas prevista para el mes de junio de 2026.*

*Atendiendo a lo señalado anteriormente, solicito evaluar la eliminación de la Oportunidad de Mejora ya que se ha dado cumplimiento a la mejora continua del proceso y a orientar los riesgos y controles de la dependencia hacia la trazabilidad de los requerimientos asignados para respuesta de la Oficina Jurídica.*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez analizada la réplica presentada por la Oficina Jurídica, se observa que la dependencia informa acciones de actualización y fortalecimiento metodológico adelantadas en articulación con la Oficina Asesora de Planeación frente a la gestión de riesgos y controles del proceso.

Sin embargo, en la respuesta presentada no se evidencian soportes o elementos que desvirtúen las situaciones identificadas durante la evaluación realizada, relacionadas con debilidades en el cargue oportuno de las evidencias de ejecución y seguimiento de los controles en la periodicidad establecida.

Por lo anterior, **la oportunidad de mejora se mantiene**, teniendo en cuenta que las acciones informadas corresponden a actividades posteriores orientadas al fortalecimiento del proceso, pero no desvirtúan la condición evidenciada durante el ejercicio auditor.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

### 3.2.8.3. **Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000963 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Aplica la misma respuesta dada para el Incumplimiento (I-03-Varios-2026).”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, y teniendo en cuenta que la dependencia remite a la respuesta emitida frente al Incumplimiento (I-03-Varios-2026), se reconocen las aclaraciones relacionadas con el proceso de unificación del riesgo 1947 con el riesgo 1876 y las limitaciones presentadas en el aplicativo LUCHA frente a la migración del histórico de seguimientos y evidencias.



Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en la trazabilidad y visualización oportuna de las evidencias de seguimiento asociadas a los controles evaluados dentro del aplicativo. Así mismo, aunque la dependencia informa que los seguimientos fueron realizados y centralizados en otro control asociado al riesgo compartido, este tipo de situaciones deben quedar documentadas y referenciadas de manera clara y oportuna dentro del aplicativo, con el fin de garantizar la consulta, seguimiento y verificación adecuada de la información.

### 3.2.9. **Incumplimiento (I-03-Varios-2026): No se efectuó el cargue del soporte cuatrimestral de seguimiento a riesgos.**

**Condición:** De acuerdo con la verificación realizada, se evidenció que los controles relacionados en la tabla 17 presentaron extemporaneidad en el cargue del acta cuatrimestral de seguimiento a riesgos, debido a que no se efectuó el reporte completo y oportuno de los seguimientos correspondientes durante la vigencia 2025.

En este sentido, se identificaron controles en los cuales únicamente se evidenció uno o dos seguimientos durante toda la vigencia evaluada, así como casos en los que el último cargue fue realizado en enero o abril de 2026, por fuera de la vigencia objeto de evaluación. De igual manera, se evidenciaron controles cuyos seguimientos no fueron cargados con la periodicidad cuatrimestral establecida, afectando la oportunidad del monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales.



Lo anterior constituye un incumplimiento, teniendo en cuenta que el Procedimiento Administración del Riesgo MI-PR-3 establece la obligación de reportar el seguimiento a riesgos por parte de la primera línea de defensa y efectuar el cargue del acta de seguimiento cuatrimestral dentro de los periodos definidos por la entidad, por lo que la ausencia o extemporaneidad en estos reportes impide

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	



verificar el cumplimiento oportuno del seguimiento requerido para la gestión y monitoreo de los riesgos institucionales en el sistema. Ver tabla 17.

**Tabla 17.** *Controles que no cargaron la evidencia de ejecución en la periodicidad establecida.*

Proceso Responsable	Control	Fechas de Seguimiento del Control	Hallazgo Seguimiento
Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres	5024	5/05/2025 28/10/2025	No cumple, Solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025, incumpliendo el cargue cuatrimestral establecido en el procedimiento.
Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres	6315	31/12/2025	No cumple, el Control fue implementado el 2018-03-06 y solo se evidenció un seguimiento durante la vigencia 2025.
Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres	6316	31/12/2025	No cumple, El Control fue implementado el 2023-05-26 y solo se evidenció un seguimiento durante la vigencia 2025.
Gestión Contractual	5038	25/06/2025 24/10/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025 y no fueron cargados con oportunidad.
Gestión Contractual	5040	25/06/2025 24/10/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025 y no fueron cargados con oportunidad.
Gestión Contractual	5041	25/06/2025 24/10/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025 y no fueron cargados con oportunidad.
Gestión Administrativa	5084	6/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Jurídica	5111	30/04/2025 02/09/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025.
Gestión Jurídica	5114	30/04/2025 02/09/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025.
Gestión Administrativa	5169	06/05/2025 02/09/2025 08/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 08/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06  <b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Proceso Responsable	Control	Fechas de Seguimiento del Control	Hallazgo Seguimiento
			oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Administrativa	5170	06/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Administrativa	6281	06/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Administrativa	6282	06/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Direccionamiento Estratégico	5215	30/04/2025 02/09/2025	No cumple, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (30/04/2025 y 02/09/2025), no hubo cargue del tercer seguimiento, en enero no hubo.
Direccionamiento Estratégico	6232	30/04/2025 02/09/2025 06/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (30/04/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 06/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Direccionamiento Estratégico	6244	30/04/2025 02/09/2025 06/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (30/04/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 06/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	
		<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Proceso Responsable	Control	Fechas de Seguimiento del Control	Hallazgo Seguimiento
Gestión Financiera	5239	06/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Financiera	5241	06/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Financiera	5242	6/05/2025 02/09/2025 02/01/2026	No cumple. Aunque se evidenciaron tres registros de seguimiento del control, únicamente dos corresponden a la vigencia 2025 (06/05/2025 y 02/09/2025), debido a que el último seguimiento fue cargado el 02/01/2026, por fuera de la vigencia evaluada, incumpliendo el cargue oportuno del acta de seguimiento cuatrimestral conforme al procedimiento establecido.
Gestión Contractual	5295	25/06/2025 08/01/2026	No cumple con el cargue del seguimiento cuatrimestral, solo se realizó el cargue del 25/06/2025.
Gestión Talento Humano	6290	22/01/2026	El control se implementó el 2025-01-01 y el primer seguimiento fue cargado hasta el 22/01/2026, no hubo cargues de seguimiento durante la vigencia 2025.



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

**Criterio:** Procedimiento Administración del Riesgo MI-PR-3:

- Punto 9: “Reportar seguimiento a riesgos de la primera línea de defensa”.
- Punto 12: “Cargar el acta de seguimiento cuatrimestral a riesgos”.

**Causa:** Debilidades en el seguimiento, monitoreo y control del cargue oportuno de las actas de seguimiento cuatrimestral a riesgos por parte de las dependencias responsables. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posibles afectaciones en el monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales, así como dificultades para verificar oportunamente la ejecución de controles y la gestión realizada frente a los riesgos identificados.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

### 3.2.9.1. **Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Como lideresa del proceso de Mejoramiento Institucional y en el marco de las competencias de la segunda línea de defensa relacionadas con el acompañamiento y monitoreo de la gestión del riesgo institucional, se realizará articulación con las dependencias responsables del reporte y cargue de la información, con el fin de gestionar las correcciones frente a la omisión identificada en el cargue del soporte cuatrimestral de seguimiento a riesgos. Así mismo, desde el proceso se fortalecerán las acciones preventivas y de mejora orientadas a optimizar los mecanismos de seguimiento, control y verificación del cumplimiento de los reportes periódicos asociados a la gestión del riesgo, promoviendo una mayor trazabilidad y oportunidad en el registro de las evidencias requeridas. De igual manera, se reforzarán las estrategias de socialización y recordatorio de los lineamientos, responsabilidades y cronogramas establecidos para el seguimiento cuatrimestral de riesgos, en concordancia con la Política de Administración del Riesgo y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, particularmente en lo relacionado con la cultura de autocontrol, gestión preventiva y mejora continua”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación, se reconocen las acciones de articulación y fortalecimiento metodológico que la dependencia proyecta adelantar con los procesos responsables, orientadas a mejorar el seguimiento y cargue de las evidencias asociadas a la gestión de riesgos institucionales.

Sin embargo, **el incumplimiento se mantiene**, teniendo en cuenta que durante la evaluación realizada se evidenciaron debilidades en el cargue de las actas cuatrimestrales de seguimiento a riesgos para los controles relacionados en la Tabla 17, presentando debilidades frente al reporte y cargue oportuno de los seguimientos.



Así mismo, aunque la dependencia informa medidas preventivas y acciones de fortalecimiento posteriores al ejercicio auditor, la información presentada no desvirtúa las situaciones evidenciadas en el aplicativo LUCHA al momento de la verificación, relacionadas con la oportunidad, trazabilidad y completitud del seguimiento efectuado por las dependencias responsables.

Por lo anterior, se considera necesario fortalecer el cumplimiento de los reportes cuatrimestrales de riesgos, con el fin de garantizar la trazabilidad y verificación oportuna de la gestión realizada sobre los riesgos institucionales.

### 3.2.9.2. **Respuesta del Auditado: Dirección de Talento Humano**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000948 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Talento Humano, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente al presunto incumplimiento identificado como “3.2.9. Incumplimiento (I-03-Varios2026): No se efectuó el cargue del soporte cuatrimestral de seguimiento a riesgos”, es*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

*importante precisar que, una vez validada la trazabilidad registrada en la plataforma y revisadas las evidencias, no se configura un incumplimiento relacionado con la ausencia de seguimiento de los riesgos institucionales por parte del proceso de Gestión del Talento Humano.*

*En relación con el control 5054, la observación señala que “solo se evidenció el cargue de un seguimiento durante la vigencia 2025”; no obstante, al revisar la información registrada en la plataforma y las actas aportadas como soporte, se evidencia que sí fueron realizados los seguimientos correspondientes dentro de la vigencia evaluada y conforme a los periodos definidos.*

*Los seguimientos efectuados corresponden a:*



No. de seguimiento	Fecha de periodo de seguimiento	Fecha de seguimiento registrado en la plataforma
1	30 de agosto y el 27 de diciembre de 2024	02 de enero de 2025
2	1 de enero al 28 de abril de 2025	04 de mayo de 2025
3	29 de abril y el 28 de agosto de 2025.	02 de septiembre de 2025

*En este sentido, los seguimientos sí fueron realizados y registrados; sin embargo, algunos fueron cargados en la plataforma bajo la tipología de “ejecución” y no específicamente bajo el campo denominado “seguimiento”, situación que corresponde a un aspecto de forma asociado al registro en el aplicativo y no a la inexistencia del monitoreo requerido.*

*Por tanto, no puede concluirse que existió ausencia de seguimiento o incumplimiento del control, toda vez que la gestión fue realizada, existe trazabilidad en la plataforma y se cuenta con soportes documentales que evidencian el monitoreo efectuado durante la vigencia 2025. Respecto al control 6290, la observación indica que “el primer seguimiento fue cargado hasta el 22/01/2026, no hubo cargues de seguimiento durante la vigencia 2025”. No obstante, al validar la configuración del control en la misma plataforma institucional, se evidencia que la periodicidad definida para el reporte y seguimiento del riesgo corresponde a una periodicidad de doce (12) meses, razón por la cual el cargue efectuado en enero de 2026 se encuentra alineado con la frecuencia parametrizada para dicho control.*



*En consecuencia, no se configura incumplimiento ni omisión del seguimiento, dado que el reporte fue efectuado conforme a la periodicidad establecida en el sistema para el riesgo y sus controles, situación que desvirtúa la afirmación relacionada con la falta de monitoreo durante la vigencia evaluada.*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

*Adicionalmente, en las actas de seguimiento de los riesgos asociados al proceso de Gestión de Talento Humano – Dirección de Talento Humano (documentos que se adjuntan), se dejó constancia de que el riesgo de corrupción asociado al control 6290 correspondía a un riesgo nuevo identificado el 30 de diciembre de 2024, razón por la cual en el aplicativo KAWAK – LUCHA quedó parametrizado con fecha de implementación a partir del 01 de enero de 2025. En dichas actas se indicó expresamente lo siguiente:*

*“Se indica que este riesgo de corrupción es nuevo en el proceso de Gestión de Talento Humano, toda vez que fue identificado por la Dirección de Talento Humano el 30 de diciembre de 2024, por lo que en el aplicativo KAWAK – LUCHA quedó con fecha de implementación a partir del 01 de enero de 2025, por lo que se menciona en la presente acta. Sin embargo y de acuerdo con lo contemplado en el aplicativo en mención, la periodicidad del reporte de ejecución del control asociado a dicho riesgo quedó de manera anual, razón por la cual el seguimiento correspondiente se reportará en el acta relacionada con el periodo del 3 cuatrimestre de la vigencia 2025 (septiembre a diciembre)”.*



*En consecuencia, existe evidencia documental que demuestra que el riesgo fue objeto de análisis, monitoreo y seguimiento durante la vigencia 2025. Por tanto, no se configura incumplimiento ni omisión del seguimiento, dado que el reporte fue efectuado conforme a la parametrización establecida para el control y de acuerdo con las condiciones definidas en el aplicativo institucional.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** La Oficina de Control Interno analizó la réplica presentada por la Dirección de Talento Humano y, respecto al control 5054, se precisa que este **será retirado** de la Tabla 17, teniendo en cuenta que, una vez verificada la documentación aportada y la trazabilidad registrada en el aplicativo LUCHA, fue posible validar que las actas de seguimiento a riesgos se encontraban cargadas durante la vigencia evaluada.

No obstante, se evidenció que la información fue registrada bajo la tipología de “ejecución” cuando correspondía al campo de “seguimiento”, situación que corresponde a una debilidad metodológica y de parametrización en el registro de la información dentro del aplicativo, lo cual dificulta la trazabilidad, consulta y validación oportuna de los seguimientos realizados a los riesgos institucionales.

Por otra parte, respecto al control 6290, **el incumplimiento se mantiene**, teniendo en cuenta que el procedimiento MI-PR-3 establece “*Cargar el acta de seguimiento cuatrimestral a riesgos*”, razón por la cual, aunque el control tenga parametrizada una periodicidad de ejecución anual, el seguimiento a los riesgos del proceso debe realizarse y reportarse de manera cuatrimestral.

Lo anterior, con el fin de garantizar el monitoreo permanente de los riesgos institucionales, identificar oportunamente posibles desviaciones o situaciones que puedan afectar la funcionalidad del proceso y fortalecer la trazabilidad y seguimiento de las acciones de control implementadas por la dependencia.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

### 3.2.9.3. **Respuesta del Auditado: Dirección de Contratación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000959 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Contratación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Se procede con la publicación de manera inmediata de las actas de seguimiento de Riesgos a los controles establecidos en el sistema, estos son ID.5040 -5041 y 5295 en atención a que la directriz en su momento desde la Oficina Asesora de Planeación fue la publicación en el ID de menor valor tal como se establece a continuación con sus publicaciones.*

*ID. 5038: Se evidencia la publicación del Acta de Riesgos dentro de los periodos cuatrimestral Ver Imagen en memorando de respuesta No. 3-2026-000959 del 21/05/2026.*

*En atención a las oportunidades de mejora establecidas nos permitimos informar que se creó el plan de acción bajo ID 1733, la Dirección de Contratación realizará acciones internas y complementarias con los planes de acción creadas con el ánimo de mitigar los posibles riesgos y acatar las sugerencias emitidas por el ente auditor, las cuales fueron establecidas en la Auditoría Interna de Cumplimiento (AC14) y Seguimiento Riesgos Gestión Contractual (ABR6) 2026.*



*Así mismo se acogerán las recomendaciones emitidas por la Oficina Asesora de Planeación en el fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, emitidas en el radicado 3-2026-000947 del 20 de mayo de 2026.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** La Oficina de Control Interno analizó la réplica presentada por la Dirección de Contratación y reconoce las acciones correctivas adelantadas por la dependencia, relacionadas con la publicación de las actas de seguimiento de riesgos y la creación del plan de acción ID 1733, orientado al fortalecimiento del seguimiento y monitoreo de los controles del proceso. Así mismo, se toma en consideración la aclaración relacionada con la directriz emitida en su momento respecto al cargue de las actas en el ID de menor valor.

Cabe aclarar que, **el incumplimiento se mantiene**, ya que durante la verificación realizada no se evidenció el **cargue oportuno y completo** de las actas de seguimiento cuatrimestral para los controles 5040, 5041 y 5295 dentro de los periodos evaluados, conforme a lo establecido en el procedimiento MI-PR-3.

En este sentido, si bien la dependencia realizó el cargue posterior de la información y adelantó acciones de mejora, la réplica constituye un espacio orientado a desvirtuar la condición identificada en el hallazgo, situación que para el presente caso no ocurrió, dado que la extemporaneidad evidenciada durante la evaluación no fue desvirtuada.

Por lo anterior, al tratarse de un incumplimiento, se espera la formulación y presentación del respectivo plan de mejoramiento una vez sea comunicado el informe final de la auditoría.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

### 3.2.9.4. Respuesta del Auditado: Oficina Jurídica

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000965 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Jurídica, se enuncia lo siguiente como réplica:

*Tabla 17. Controles que no cargaron la evidencia de ejecución en la periodicidad establecida.*

Proceso Responsable	Control	Fechas de Seguimiento del Control	Hallazgo Seguimiento
Gestión Jurídica	5111	30/04/2025 02/09/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025.
Gestión Jurídica	5114	30/04/2025 02/09/2025	No cumple, solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025.

- **Control 5111**

- *Revisión y registro SIPROJ. Es importante mencionar que conforme a lo establecido en el punto de control la evidencia a cargar es el informe general que se consolida a partir de la información reportada en el Sistema de Información de Procesos Judiciales -SIPROJ-WEB que administra la Secretaría Jurídica Distrital.*



*La información de los procesos judiciales y las acciones constitucionales presentadas en contra de la entidad se registra o actualiza por parte de las profesionales y contratistas, de acuerdo con la documentación radicada diariamente en el sistema de gestión documental Orfeo.*

*Para los periodos señalados en la auditoria, el proceso de Gestión Jurídica cargó las evidencias en el aplicativo Lucha para los seguimientos los días: el 30 de abril, el 02 de septiembre de 2025 y 08 de enero de 2026 en la que se reportó el último cuatrimestre.*

*La situación se presentó debido a que las credenciales de acceso a SIPROJ para descargar las evidencias de seguimiento fueron bloqueadas por la entidad administradora del sistema, impidiendo el acceso oportuno a la plataforma para descargar la información pertinente antes de finalizar la vigencia 2025 o los primeros cinco (5) días hábiles de la vigencia. (Anexo 1) Atendiendo a lo señalado anteriormente, solicito evaluar la eliminación del incumplimiento (I-03-Varios-2026) identificado sobre el riesgo 5111 debido a que la falta de información oportuna para el reporte del seguimiento se presentó por factores externos a la Oficina Jurídica y en cuanto se gestionó el acceso a la plataforma se cargó inmediatamente la evidencia al seguimiento del punto de control.*

- **Control 5114 - Revisar la versión de concepto jurídico corregido y enviar para firma.**

*Con relación al control con ID 5114, me permito informar que la Oficina Jurídica no emitió conceptos jurídicos en el tercer cuatrimestre de la vigencia 2025 por lo que no se cargaron evidencias para el periodo, es importante en este aspecto evaluado señalar con relación a las fechas debido a que la capacidad operativa de la Oficina Jurídica fue superada en el último cuatrimestre de la vigencia 2025.”*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Oficina Jurídica, se reconocen las aclaraciones efectuadas frente a los controles 5111 y 5114, así como las situaciones operativas expuestas por la dependencia.

Respecto al control 5111, aunque la Oficina Jurídica informa que el cargue extemporáneo obedeció al bloqueo de credenciales de acceso a SIPROJ por parte de la entidad administradora del sistema, durante la evaluación realizada se evidenció que el último seguimiento fue registrado el 08 de enero de 2026, por fuera de los términos establecidos para el cargue oportuno del seguimiento cuatrimestral a riesgos. En este sentido, este tipo de situaciones deben quedar documentadas y explícitas dentro de las evidencias de ejecución y seguimiento del control, con el fin de justificar las razones por las cuales no fue posible dar cumplimiento a los términos establecidos y garantizar la trazabilidad de la gestión realizada. Si bien la entidad no está exenta de situaciones externas que puedan afectar el desarrollo de las actividades, la ausencia de dicha documentación no desvirtúa el incumplimiento evidenciado durante la evaluación.

Frente al control 5114, se toma en consideración la manifestación realizada por la dependencia respecto a la no emisión de conceptos jurídicos durante el último cuatrimestre de la vigencia 2025. Sin embargo, se recomienda dejar este tipo de situaciones documentadas directamente en el aplicativo Lucha, con el fin de mantener la trazabilidad y soporte del seguimiento efectuado.



En consecuencia, la información presentada no desvirtúa la situación evidenciada durante el ejercicio auditor, por lo que **el incumplimiento se mantiene.**

### **3.2.9.5. Respuesta del Auditado: Dirección de Gestión del Conocimiento**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000950 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Frente al presunto incumplimiento por extemporaneidad o ausencia de cargue de las actas cuatrimestrales de seguimiento a riesgos de la vigencia 2025, se aclara que, el control 5024, ejecutado por la dirección, hace parte del riesgo de corrupción ID 1876 “Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero” que es compartido y transversal a varios procesos de la entidad. En virtud de los principios de coordinación, eficiencia y no duplicidad de la función administrativa, el monitoreo de este riesgo se realizó durante la vigencia 2025, mediante mesas de trabajo conjuntas entre todos los enlaces de los procesos involucrados y con controles a cargo. Por lo cual, se confirma que, el seguimiento sí se realizó formal y oportunamente dentro de la vigencia 2025, constando en actas conjuntas.*

*Sin embargo, en reunión conjunta se determinó que la evidencia documental sería cargada en la plataforma bajo el control ID 5019, el cual centraliza el histórico del riesgo compartido, en el mismo se incluyó y se cargó oportunamente el día 30 de diciembre de 2025, el*

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

*seguimiento realizado el 20 de diciembre de 2025 (Ver acta de seguimiento anexo I), que es el seguimiento que aparece como pendiente en la relación detallada, en el informe preliminar, la cual el equipo auditor puede verificar también directamente en el sistema. Por lo tanto, la información no se encuentra ausente, sino centralizada.*

*Teniendo en cuenta lo expuesto, donde se demuestra el cargue oportuno de los soportes documentales en el sistema antes del cierre de la vigencia 2025, se solicita de manera respetuosa desestimar el presunto incumplimiento. En su lugar, se propone registrar este evento como una oportunidad de mejora, orientada a detallar explícita y oportunamente en el aplicativo la ubicación y el ID exacto de la evidencia digital para facilitar futuros ejercicios de control.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Dirección de Gestión del Conocimiento, se resalta la aclaración realizada respecto al carácter transversal y compartido del riesgo ID 1876, así como la información relacionada con las mesas de trabajo conjuntas adelantadas entre los procesos involucrados y la centralización de la evidencia de seguimiento en el control ID 5019.

Es importante precisar que la verificación efectuada por la OCI se realizó con base en la información documentada y registrada en el aplicativo LUCHA al momento de la evaluación, evidenciándose que el control ID 5024 incluía dos (2) registros de seguimiento correspondientes a la vigencia 2025, tal como se indicó en la condición del hallazgo.



**Imagen 3. Control 5024, seguimientos vigencia 2025.**

Generación y Apropiación de Conocimiento, Sobre la Situación de Derechos Humanos de las Mujeres	5024	5/05/2025 28/10/2025	No cumple, Solo se evidenciaron dos seguimientos durante la vigencia 2025, incumpliendo el cargue cuatrimestral establecido en el procedimiento.
---	------	-------------------------	--

Fuente: Tomado de Lucha

En este sentido, aunque la evidencia haya sido centralizada en otro control asociado al riesgo compartido, este tipo de situaciones deben quedar documentadas y referenciadas oportunamente dentro del aplicativo en el periodo correspondiente, indicando de manera clara la ubicación de la evidencia y el control en el cual reposan los soportes, con el fin de garantizar la trazabilidad, consulta y verificación oportuna de la información durante los ejercicios de seguimiento y auditoría.

Así mismo, se observa que, aunque en los dos primeros seguimientos no se cargó directamente el acta en el control ID 5024, sin embargo, sí se dejó trazabilidad sobre la ubicación correcta de la evidencia, situación que **no ocurrió de manera oportuna para el seguimiento de diciembre.**

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Por lo anterior, la situación identificada no se desvirtúa, toda vez que las evidencias y referencias asociadas al seguimiento no se encontraban de forma oportuna en el control evaluado al momento de la verificación realizada por la Oficina de Control Interno.

**Imagen 4. Control 5024, seguimientos.**

4508	11/03/2026	Seguimiento	31/12/2025	El acta de seguimiento fue cargada con oportunidad en el control del riesgo ID 5019	Lesly Paola Nino Palencia
------	------------	-------------	------------	---	---------------------------

Fuente: Tomado de Lucha

**3.2.9.6. Respuesta del Auditado: Dirección de Territorialización de Derechos y Participación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000963 del 21/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“Sobre lo mencionado para los controles 6315 y 6316 me permito informar que el 28 de noviembre de 2025, previas reuniones con el enlace de la Oficina Asesora de Planeación, esta Dirección solicitó la unificación del riesgo 1947 con el riesgo 1876. Esta acción se materializó creando los controles 6315 y 6316 en el riesgo 1876, debido que la herramienta Lucha no permite trasladar (mover) los controles de un riesgo a otro.*


 María Carlina Galindo Villalba  
 Para: Diana Carolina Hernández Sánchez  
 Vie 28/11/2025 1:30 PM

Cordial saludo Diana

De acuerdo a lo conversado sobre la unificación del riesgo de corrupción 1947 "Posibilidad de aceptar o solicitar cualquier beneficio o dádiva a nombre propio o de un tercero por las actividades prestadas o desarrolladas en la CIOM", con el riesgo de corrupción 1876 "Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero", comedidamente solicito mover los siguientes controles al riesgo 1876.

**Controles**  
 5208 Hacer la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM  
 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.



Los controles quedan asociados al proceso de GESTIÓN TERRITORIAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS POR Y PARA LOS DERECHOS DE LAS MUJERES.

Agradezco tu colaboración.

Todos los servicios de la Secretaría Distrital de la Mujer son gratuitos

Cordialmente,


**SECRETARÍA DE LA MUJER**  
**María Carlina Galindo Villalba**  
 Contratista  
 Dirección de Territorialización de Derechos y Participación  
 mgalindo@sdmujer.gov.co  
 De Calle 26 # 66-78 - Torre 1 - piso 8

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

*Lo anterior mencionado, para precisar que con la creación de los controles 6315 y 6316 en el riesgo 1876, no se evidencia el histórico de los seguimientos y ejecuciones cargadas en los respectivos controles.*

*Para dar respuesta a este presunto incumplimiento, se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación el reporte histórico de los controles 5208 y 6226, controles del riesgo 1947.*

Memorando No. 3-2026-000892- Comunicación informe preliminar Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025 [Resumir](#)


 María Carlina Galindo Villalba
 
 Responder Responder a todos Reenviar

Para:  Paula Vanessa Sosa Martin  
 CC:  Edith Johanna Delgadillo Carreño

Mié 20/05/2026 9:16 AM

Cordial saludo Paula

Comendidamente solicito reporte o histórico de los seguimientos registrados en los siguientes controles del riesgo de corrupción 1947 "Posibilidad de aceptar o solicitar cualquier beneficio o dádiva a nombre propio o de un tercero por las actividades prestadas o desarrolladas en la CIOM".

**Controles**  
 5208 Hacer la verificación de gratuidad de las actividades dirigidas a las ciudadanas que son articuladas a través de terceros en las CIOM  
 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.

Este riesgo fue eliminado en el 2025, toda vez que los controles fueron incorporados en el riesgo 1876 "Posibilidad de recibir o solicitar dádivas por la prestación de los servicios ofertados por la Entidad para beneficio propio o de un tercero"



Este reporte lo requiero con el fin de responder a el informe preliminar de la OCI.

Todos los servicios de la Secretaría Distrital de la Mujer son gratuitos

Cordialmente,

  
**María Carlina Galindo Villalba**  
 Contratista  
 Dirección de Territorialización de Derechos y Participación

*Sin embargo, al momento de radicar el presente memorando, no se ha obtenido respuesta por parte de Mesa de Ayuda.*

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

Memorando No. 3-2026-000892- Comunicación informe preliminar Auditoría Interna de Cumplimiento: Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III cuatrimestre 2025 [Resumir](#)

 Paula Vanessa Sosa Martín  
 Para:  Gleidy Jennifer Jerez Mayorga  
 CC:  Edith Johanna Delgadillo Carreño;  Maria Carlina Galindo Villaiba  
 Mié 20/05/2026 9:18AM

Responder   Responder a todos   Reenviar

Apreciada Gleidy,

solicito tu amable colaboración con el proveedor de kawak, si es posible que puedan ayudarnos a tener el histórico del riesgo 1947, el cual fue eliminado, pero se requiere el histórico de seguimientos que realizo el proceso en su momento.

Esto desde el sistema no podemos ver los registros borrados, pero quizá en las copias que generan ellos si se tenga.

Quedamos atentas.

Cordialmente



SECRETARÍA DE LA MUJER

**Paula Vanessa Sosa Martín**  
 Contratista  
 Oficina Asesora de Planeación  
[psosa@sdmujer.gov.co](mailto:psosa@sdmujer.gov.co)



*De otro lado, como evidencia que, si se han realizado los seguimientos cuatrimestrales, se tienen los mismos informes realizados por la Oficina de Control Interno donde no se identificado que el proceso Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres haya incumplido con la presentación de seguimientos y ejecuciones, según la periodicidad.*

*Se solicita la eliminación del proceso Gestión Territorial de las Políticas Públicas por y Para los Derechos de las Mujeres como responsable en el Incumplimiento (I-03-Varios-2026.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** Una vez revisada la réplica presentada por la Dirección de Territorialización de Derechos y Participación, se reconocen las aclaraciones efectuadas frente al proceso de unificación del riesgo 1947 con el riesgo 1876, así como las gestiones adelantadas con la Oficina Asesora de Planeación para la recuperación del histórico de seguimientos de los controles 5208 y 6226.

Sin embargo, **el incumplimiento se mantiene**, teniendo en cuenta que la verificación realizada por la OCI se efectuó con base en la información documentada y disponible en el aplicativo LUCHA al momento de la evaluación, evidenciándose ausencia de trazabilidad y soportes de seguimiento asociados a los controles evaluados. En este sentido, aunque la dependencia manifiesta que los seguimientos sí fueron realizados y aporta evidencia de las gestiones adelantadas para recuperar el histórico de información, la réplica presentada no desvirtúa la situación identificada durante el ejercicio auditor.

Por lo anterior, será necesario fortalecer los mecanismos de documentación y trazabilidad de este tipo de cambios o migraciones de riesgos y controles dentro del aplicativo LUCHA, garantizando que

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

las modificaciones realizadas no afecten la consulta, verificación y seguimiento de los controles institucionales.

**3.2.10. Oportunidad de Mejora (OM-09-GPP-2026): Riesgo de corrupción sin controles formulados en el aplicativo Kawak.**

**Condición:** De acuerdo con la verificación realizada en el aplicativo Lucha, se evidenció que el riesgo de corrupción identificado con el código 2381 denominado “*Posibilidad de que se direccionen de manera indebida, discrecional o sesgada las orientaciones técnicas y conceptos emitidos en la formulación, actualización, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas*”, no cuenta con controles formulados ni asociados para su tratamiento y mitigación.

Si bien en el aplicativo se indicó que el riesgo “se encuentra en formulación”, no se evidenció la definición, documentación o parametrización de controles que permitan prevenir, detectar o mitigar la posible materialización del riesgo identificado, limitando el seguimiento y monitoreo de las acciones de control relacionadas con este riesgo de corrupción.



Así mismo, se evidenció que el riesgo fue implementado en el aplicativo desde el 19/12/2025, sin que a la fecha de la evaluación se encontraran documentados los controles correspondientes, evidenciando una demora aproximada de cinco (5) meses en la formulación y registro de las actividades de control asociadas al riesgo identificado.

**Imagen 5. Riesgo ID 2381**



**Fuente:** Consultado en Lucha, Riesgo *ID 2381*

**Criterio:** Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 Radicado: <b>3-2026-001038</b> Fecha: 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

**Causa:** Debilidades en la formulación y documentación de controles asociados al riesgo de corrupción identificado en el aplicativo Lucha. Sin embargo, será importante hacer el análisis de causas para determinar la causa raíz.

**Efecto:** Posibles afectaciones en el tratamiento, monitoreo y mitigación del riesgo identificado, así como limitaciones para verificar la implementación de acciones de control orientadas a prevenir la materialización del riesgo de corrupción.

### 3.2.10.1. **Respuesta del Auditado: Oficina Asesora de Planeación**

De acuerdo con el Memorando No. 3-2026-000947 del 20/05/2026 recibido mediante Orfeo por la Oficina Asesora de Planeación, se enuncia lo siguiente como réplica:

*“ La Oficina Asesora de Planeación, en el marco de las funciones de la segunda línea de defensa y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se adelantará la articulación con el proceso responsable con el fin de subsanar la situación evidenciada.*

*En este sentido, se realizará acompañamiento técnico para la adecuada formulación, registro y documentación de los controles asociados al riesgo de corrupción identificado, asegurando su coherencia con las causas del riesgo, su tipología, periodicidad, responsables y evidencias, conforme a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en materia de gestión del riesgo de corrupción.*



*Así mismo, en el marco de la actualización de los lineamientos institucionales de gestión del riesgo, se fortalecerán los criterios metodológicos para la identificación, análisis y tratamiento de riesgos de corrupción, incluyendo la obligatoriedad de definir controles efectivos y verificables en el aplicativo dispuesto por la Entidad.*

*De igual manera, como líder del proceso, se verificará el registro de los controles en el aplicativo y se promoverá el fortalecimiento del seguimiento y monitoreo de estos, garantizando su trazabilidad y contribución a la mitigación del riesgo.*

*Finalmente, esta oportunidad de mejora será abordada dentro de la acción de mejora orientada al fortalecimiento de los lineamientos institucionales en materia de gestión del riesgo, por lo que no se contemplan acciones adicionales a las ya definidas, asegurando su tratamiento integral bajo un enfoque de mejora continua.”*

**Respuesta de la Oficina de Control Interno:** La Oficina de Control Interno analizó la réplica presentada por la Oficina Asesora de Planeación y reconoce las acciones que se proyectan adelantar para fortalecer la formulación, documentación y seguimiento de los controles asociados a riesgos de corrupción.

Sin embargo, **la oportunidad de mejora se mantiene**, ya que durante la evaluación realizada se evidenció que el riesgo de corrupción identificado con el ID 2381 no tenía controles asociados en el aplicativo LUCHA. Así mismo, aunque se informó que se adelantarán actividades de acompañamiento y fortalecimiento metodológico, estas corresponden a acciones posteriores al ejercicio auditor y no modifican la situación observada al momento de la verificación.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

## 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 64 actividades programadas para el tercer cuatrimestre, equivalente al 85% del total anual, revela un avance acumulado para la vigencia 2025 del 94,26%. Si bien este porcentaje refleja un esfuerzo institucional considerable, el rezago en el cumplimiento señala la necesidad de mejorar de forma significativa la ejecución de las actividades de 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 el 2026, por lo que resulta vital actuar con oportunidad para prevenir posibles sanciones.

Durante la verificación de la gestión de riesgos institucionales se efectuó la evaluación de la totalidad de los riesgos de corrupción registrados en el aplicativo LUCHA para la vigencia 2025, verificando aspectos relacionados con la formulación de riesgos, definición de controles, seguimiento, periodicidad, documentación y cargue de evidencias, conforme a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

En términos generales, en cuanto a la estructura recomendada por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, se evidenció cumplimiento en la aplicación de la estructura “Posibilidad de” en la formulación de la totalidad de los riesgos evaluados. Así mismo, se evidenció que el mapa de riesgos se encuentra publicado en el aplicativo LUCHA y que treinta y seis (36) controles cuentan con soportes y evidencias de ejecución cargadas en el sistema, lo cual fortalece la consulta, trazabilidad y seguimiento de la información institucional relacionada con la gestión del riesgo.

Por otro lado, se identificaron debilidades en la formulación y descripción de controles, especialmente relacionadas con la ausencia de atributos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, tales como responsable, periodicidad, desviación del control y documentación asociada. En este sentido, se evidenció que seis (6) controles no tienen responsable definido, veintidós (22) controles no cuentan con periodicidad establecida, veintiséis (26) controles presentan debilidades relacionadas con la definición de la desviación del control y nueve (9) controles no se encuentran documentados en procedimientos, instructivos o formatos institucionales, situación que

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

limita la claridad, trazabilidad, seguimiento y efectividad de las actividades de control implementadas por los procesos.



Así mismo, se evidenció que dos (2) controles cuentan con el mismo responsable para la ejecución y seguimiento del control, generando debilidades en la segregación de funciones. Adicionalmente, se identificó que quince (15) controles, aunque se encuentran registrados en el aplicativo LUCHA, no están claramente documentados o definidos dentro de los documentos verificados durante la auditoría.

Finalmente, se identificaron debilidades en el cargue oportuno de evidencias de ejecución y de las actas cuatrimestrales de seguimiento a riesgos, toda vez que diez (10) controles presentaron diferencias frente a la periodicidad establecida para el cargue de evidencias y veintidós (22) controles no efectuaron el cargue oportuno de las actas cuatrimestrales de seguimiento conforme al procedimiento institucional. Adicionalmente, se evidenció que el riesgo de corrupción identificado con el código 2381 no cuenta con controles formulados en el aplicativo LUCHA, limitando las acciones de prevención, monitoreo y mitigación frente al riesgo identificado.

## 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). 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.
- 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.
- Es importante fortalecer las acciones y actividades propuestas para el componente "Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos", dado que el mismo, presenta un avance bajo para la vigencia 2025, evidenciando dificultades en su ejecución, lo que pone en duda la efectividad de las actividades propuestas.
- 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.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	

- 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.

### **En cuanto a la evaluación de riesgos**

- Fortalecer la formulación y actualización de los riesgos y controles institucionales conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 del DAFP, garantizando la incorporación de todos los atributos requeridos para la descripción de riesgos y controles.
- Implementar un control de revisión y validación previa por parte de la segunda línea de defensa que permitan verificar los riesgos y controles antes de su aprobación o publicación en el aplicativo LUCHA.
- Fortalecer la segregación de funciones en los controles institucionales, evitando que un mismo servidor o contratista ejerza simultáneamente funciones de ejecución y seguimiento del mismo control.
- Establecer mecanismos de seguimiento preventivo que permitan verificar el cargue oportuno de las evidencias de ejecución de los controles y de las actas cuatrimestrales de seguimiento a riesgos dentro de las fechas establecidas.
- Fortalecer las actividades de monitoreo y supervisión de la segunda línea de defensa, mediante la generación de alertas tempranas frente a incumplimientos, seguimientos extemporáneos o ausencia de soportes documentales asociados a la gestión del riesgo.
- Formular y documentar los controles asociados al riesgo de corrupción identificado con el ID 2381.
- Realizar jornadas de socialización y capacitación dirigidas a los procesos responsables sobre los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en materia de administración del riesgo y formulación de controles.
- Continuar fortaleciendo el uso del aplicativo LUCHA como herramienta institucional para la gestión, seguimiento y monitoreo de riesgos, asegurando la calidad de la información reportada.

	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2 <b>Versión:</b> 06	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

## 6. PLAN DE MEJORAMIENTO

### 6.1. Evaluación de efectividad planes de mejoramiento.



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 (36) acciones de mejora correspondientes a siete (7) planes de mejoramiento como se evidencia a continuación:

**Tabla 18.** Acciones de mejora objeto de evaluación de efectividad.

ítem	Fuente de Auditoría	ID Lucha (Acciones)	ID Lucha (PM)
1	Evaluación A La Gestión De Riesgos Institucional y Programa De Transparencia y Ética Pública, Segundo Cuatrimestre 2024 PAA 2024	2238	1457
2	Auditoría evaluación a la gestión de riesgos institucional y Programa de Transparencia y ética Pública III Cuatrimestre 2024	2298, 2306, 2307	1514, 1520
3	Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	2032, 2043, 2044, 2086, 2045, 2046, 2047, 2083, 2089, 2048, 2049, 2087, 2051, 2052, 2054, 2082, 2091, 2055, 2090, 2056, 2057, 2084, 2085, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2068, 2069, 2070, 2071, 2073, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079	1360, 1361, 1362, 1363
<b>TOTAL</b>		<b>36 acciones de mejora</b>	<b>7 planes de mejoramiento</b>



De las treinta y seis (36) acciones de mejora evaluadas en términos de efectividad, se identificó que el 33,3 % (12 acciones) fueron calificadas como efectivas, teniendo en cuenta que las acciones implementadas contribuyeron a subsanar las causas que dieron origen al hallazgo u oportunidad de mejora, evitando la reiteración de las situaciones identificadas.

Por otro lado, el 66,6 % (24 acciones) fueron calificadas como inefectivas, debido a que, aunque se evidenció cumplimiento de las actividades formuladas, persisten las deficiencias identificadas en los hallazgos u oportunidades de mejora que dieron origen a las acciones evaluadas.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE LA MUJER</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</p>	<p>Código: EIG-FO-2</p>	 <p>Radicado: 3-2026-001038 Fecha: 29-05-2026</p>
	<p>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</p>	<p>Versión: 06</p>	

**Tabla 19. Resultados evaluación efectividad planes internos.**

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	No. Acciones por evaluar	No. Acciones efectivas	No. Acciones inefectivas
Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública, Segundo Cuatrimestre 2024 PAA 2024	Gestión Talento Humano	1	1	0
Auditoría Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucional y Programa de Transparencia y Ética Pública III Cuatrimestre 2024	Desarrollo de Capacidades Para la Vida de las Mujeres	1	1	0
	Gestión Contractual	1	0	1
Informe Seguimiento a la Gestión del Riesgo Gestión del Riesgo 2023 - PAA 2023	Gestión Territorial de las Políticas Públicas Por Y Para Los Derechos De Las Mujeres	4	1	3
	Relacionamiento con la Ciudadanía	3	1	2
	Desarrollo de capacidades para la Vida de las Mujeres	2	0	2
	Direccionamiento Estratégico	3	1	2
	Gestión Talento Humano	2	1	1
	Gestión Administrativa	2	1	1
	Gestión Contractual	3	1	2
	Gestión del Sistema Distrital de Cuidado	2	0	2
	Gestión Disciplinaria	2	1	1
	Gestión Financiera	3	1	2
	Gestión Jurídica	2	0	2
	Promoción de la Participación y Representación de las Mujeres	2	1	1
Transversalización de los enfoques de derechos	1	0	1	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE LA MUJER	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b> EIG-FO-2	 <b>Radicado:</b> 3-2026-001038 <b>Fecha:</b> 29-05-2026
	<b>INFORME DE AUDITORÍA / SEGUIMIENTO</b>	<b>Versión:</b> 06	
		<b>Fecha de Emisión:</b> 15/05/2025	

Fuente de Auditoría	Proceso Responsable	No. Acciones por evaluar	No. Acciones efectivas	No. Acciones inefectivas
	humanos de las mujeres, género y poblacional diferencial en el distrito capital			
	Promoción del Acceso a la Justicia para las Mujeres	2	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

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

\* Para el aplicativo LUCHA (Kawak), se lee *Eficaz*

\*\* Para el aplicativo LUCHA (Kawak) *Ineficaz*

## 7. ANEXOS

CONTENIDO	PRESENTACIÓN	NOMBRE DE ARCHIVO
Documento en Excel que relaciona la evaluación de actividades del PTEP-III Cuatrimestre 2025	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo1. Verifica_PTEP_(SEPT-DIC).xlsx
Documento en Excel que relaciona la evaluación de efectividad de las acciones internas	Texto en formato XLSX, Documento Electrónico	Anexo2. Eva_Efectiv_PTEP_Riesgos.xlsx

## 8. FIRMAS

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró

**Anyi Paola Castillo A**

**Auditor (a) Interno**

ORIGINAL FIRMADO

Elaboró

**Karol Mishell D Tausa G**

**Auditor (a) Interno**

ORIGINAL FIRMADO

Revisó y Aprobó

**Diana Carolina Peralta D**

**Jefe (a) de Oficina**

### Notas finales:

- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Internas, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por (dependencias proveedoras de información durante la auditoría interna), a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- Las "Oportunidades de Mejora" y "Recomendaciones" será importante que sean analizadas, y se incentiva su tratamiento a través de los planes de mejoramiento en virtud de la posible materialización de un riesgo y la mejora continua.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Entidad.
- La comunicación interna remisorio 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.