

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., Junio 20 de 2025

PARA: Santiago Trujillo Escobar
Secretario de Despacho

Luis Fernando Mejía Castro
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Javier Enrique Mariño Navarro
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información

Sandra Patricia Castiblanco Monrroy
Directora de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano

Clara Milena Bahamón Ospina
Jefe Oficina de Control Disciplinario

Luis Felipe Calero González
Subsecretario de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento

Ana María Boada Ayala
Subsecretaria de Gobernanza

Edgar Andrés Figueroa Victoria
Director de Arte, Cultura y Patrimonio (E)

Bibiana Andrea Victorino Ramírez
Directora de Lectura y Bibliotecas

Héctor Ricardo Ojeda
Jefe Oficina Jurídica (E)

Ibón Maritza Munévar Gordillo
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

DE: Omar Urrea Romero
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe final de auditoría de evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos institucional.

Estimados integrantes del Comité de Coordinación de Control Interno y Equipo Directivo,

Para su lectura e información remito el informe final de auditoría de evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos institucional.

Como resultado del trabajo realizado se presentan los siguientes:

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	-	
Cumplimientos	-	
Incumplimientos	3	5.1, 5.2 y 5.4
Oportunidades de Mejora	3	5.3, 5.5 y 5.6
TOTAL:	6	

A continuación, se destacan las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

1. Se evidenció que la mayoría de los procesos de la SCRD han cumplido con la identificación de riesgos de gestión, corrupción, fiscales y LA/FT para la vigencia 2025, de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgos y los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6; exceptuando el proceso de Gestión de Talento Humano.
2. Se identificaron deficiencias en la redacción y completitud de treinta y tres (33) controles, los cuales no cumplen con la estructura definida por la SCRD, lo que limita la efectividad de los controles y dificulta su monitoreo y evaluación por la segunda y tercera línea de defensa.
3. Se observó que ocho (8) actividades de planes de tratamiento de riesgos no fueron formuladas de manera específica ni medible, lo cual impide evaluar objetivamente su cumplimiento y dificulta la implementación de acciones correctivas.
4. Al corte del 31 de marzo de 2025, ninguna de las actividades formuladas en los planes de tratamiento se evaluó como incumplida, sin embargo, se evidenciaron actividades sin Iniciar debido a la falta de soportes acordes con las actividades formuladas o la falta de un reporte cualitativo claro.
5. No se identificaron registros de riesgos materializados para el periodo analizado; sin embargo, algunos procesos no diligenciaron la información en la matriz de seguimiento, lo cual limita la

trazabilidad y la capacidad de la segunda y tercera línea para verificar la efectividad de los controles.

6. Se identificó que no se ha aprobado por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información y, posteriormente, por parte del CIGD, el registro de activos de información correspondiente a la vigencia 2024, y ya se está solicitando a los procesos la actualización de 2025, aun cuando no se culminó el proceso de la vigencia anterior, lo que dificulta hacer seguimiento efectivo a la identificación de riesgos de seguridad de la información.
7. Se evidenció que la Política de Administración de Riesgos y el Manual Metodológico de Riesgos no están integrados en un único proceso estratégico, lo que podría generar dificultades de coordinación y coherencia en la gestión integral de los riesgos. Desde esta Oficina se recomienda que pertenezcan al proceso de Direccionamiento Estratégico de conformidad con los lineamientos del DAFP.

Se recomienda articular ambos documentos de gestión del riesgo (Política V3 y Manual Metodológico V2) bajo el proceso de Direccionamiento Estratégico, asegurando que la Gestión de la Mejora Continua actúe como proceso de apoyo para el acompañamiento técnico, evaluación metodológica y retroalimentación de resultados. Esto garantiza alineación con el marco normativo del DAFP, evita duplicidades y fortalece la gobernanza de la gestión de riesgos.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Conforme los resultados de la evaluación, se recomienda revisar y formular las acciones correctivas y de mejora que correspondan frente a los incumplimientos y oportunidades de mejora que se han determinado en el presente informe, acudiendo a la metodología vigente en la Secretaría, usando para ello la herramienta del módulo de Control Interno de Cultured. Lo señalado permitirá contar con acciones concretas que eliminen las causas de los incumplimientos y de las oportunidades de mejora identificados, así como documentar debidamente el proceso de mejoramiento continuo en la entidad. Lo anterior en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguiente a la fecha de recepción del presente informe.

Cualquier inquietud, con gusto estamos atentos.

Atentamente,

Omar Urrea Romero
Jefe Oficina de Control Interno.

Adjunto: Informe Detallado de Auditoría
Matriz con el seguimiento a los planes de tratamiento de riesgos.



Copia: Líderes de área.

Documento 20251400299863 firmado electrónicamente por:	
Omar Urrea Romero	Jefe Oficina de Control Interno Oficina de Control Interno Fecha firma: 24-06-2025 07:57:21
Revisó:	Diana del Pilar Romero Varila - Contratista - Oficina de Control Interno
 9778451b72ee5d0831b7c0d30a24b0283af79d0fb82039e441bd44b103e01e7a Codigo de Verificación CV: 1a9d4	



	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

TABLA DE CONTENIDO

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL	3
1. DESCRIPCIÓN GENERAL	3
2. CRITERIOS DE AUDITORÍA	4
3. METODOLOGÍA	4
4. LIMITACIONES	5
5. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA	5
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA VIGENCIA 2025	5
5.1. Incumplimiento N° 1: El proceso de Gestión de Talento Humano no identificó riesgos de ninguna tipología para la vigencia 2025. (No hubo respuesta por parte del proceso de Talento Humano, el hallazgo se mantiene)	6
IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES Y PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS PARA LA VIGENCIA 2025	6
5.2. Incumplimiento N° 2: Se identificaron treinta y tres (33) controles cuya estructura no cumple con los criterios establecidos en los lineamientos metodológicos de la SCRD. (El hallazgo se mantiene)	7
5.3. Oportunidad de mejora N° 1: Se identificaron ocho (8) actividades de planes de tratamiento de riesgos que no son específicas ni medibles, lo que impide evaluar su cumplimiento. (Modificado)	17
VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS	19
RIESGOS MATERIALIZADOS	21
RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	21
5.4. Incumplimiento N°3: Inoportunidad en la aprobación y publicación en la página web de la SCRD el registro de activos de información de la vigencia 2024. (Modificado)	22
RIESGOS FISCALES	24
5.5. Oportunidad de mejora N°2: Realizar mesas de trabajo entre la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y las áreas con hallazgos fiscales correspondientes a la vigencia 2024 y al informe final de 2025. El propósito de estas mesas es identificar las causas de los hallazgos fiscales reportados por el ente de control, los posibles riesgos asociados y su correspondiente inclusión en el mapa de riesgos fiscales. (Se mantiene)	25
DOCUMENTOS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SCRD	26

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

5.6. Oportunidad de mejora N° 3: Los documentos de gestión del riesgo: POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS V3 y MANUAL METODOLÓGICO DE RIESGOS DE GESTIÓN, CORRUPCIÓN, SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, FISCAL Y LA/ FT V2 no pertenecen al mismo proceso estratégico, el primer documento es de Direccinamiento Estratégico y el segundo del proceso de Gestión la Mejora Continua. (Se mantiene) 26

6. CONCLUSIONES	28
7. RECOMENDACIONES	29
8. PLAN DE MEJORAMIENTO	30
9. FIRMAS	30

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA AUDITORÍA	Evaluación y Seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucional.
TIPO DE AUDITORÍA	Interna de Cumplimiento
UNIDAD (ES) AUDITABLES	Todas las Dependencias
RESPONSABLE (S)	Luis Fernando Mejía Castro Jefe Oficina Asesora de Planeación Javier Enrique Mariño Navarro Jefe Oficina de Tecnologías de la Información Sandra Patricia Castiblanco Monroy Directora de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano Líderes de Proceso de la SCRD
OBJETIVO	Realizar seguimiento a la identificación de riesgos para la vigencia 2025 de conformidad con la política de administración del riesgo vigente. Realizar seguimiento a la ejecución de planes de tratamiento, materialización de riesgos y actividades establecidas en la política de administración del riesgo vigente.
ALCANCE	Se verificará la formulación de los mapas de riesgo de la vigencia 2025 de conformidad con los lineamientos de la SCRD, así como el cumplimiento de los planes de tratamiento y acciones de materialización de riesgos con corte al 15 de abril de 2025.
PERIODO DE EJECUCIÓN	06 de mayo al 13 de junio de 2025.
EQUIPO AUDITOR¹	Omar Urrea Romero, jefe Oficina de Control Interno. Diana del Pilar Romero, Contratista OCI.

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	
		FECHA: 13/10/2023	

2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Constitución Política de Colombia, Art. 209
- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, y se dictan otras disposiciones”
- Decreto 221 de 2023 - Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, se deroga el Decreto Distrital 807 de 2019 y se dictan otras disposiciones.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6
- Política de administración de riesgos V3
- Manual Riesgos de Gestión, Manual Riesgos de Seguridad de la Información, Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, e Instructivo para la identificación para la valoración y tratamiento de los riesgos de gestión ambiental vigentes de la SCRD.
- Demás normatividad aplicable, relacionada con el objetivo de la auditoría.

3. METODOLOGÍA

El equipo auditor verificará la información reportada por la primera línea de defensa para los planes de tratamiento en la carpeta dispuesta por la OAP: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1lELfwBL7RSlt_-8c4ixrBBGZTfztUF8g/edit?gid=1257509776#gid=1257509776

Se realizó solicitud de información a las segundas líneas de defensa establecidas en la política de administración del riesgo V3 de la SCRD, a través del radicado de Orfeo: 20251400217183. Se recibieron respuestas a la solicitud de información por medio de los radicados de Orfeo: 20251600218853 y 20251700226063.

En respuesta al informe preliminar de auditoría se recibieron las siguientes respuestas:

- Correo electrónico del área de la Oficina asesora de Planeación el día 12/06/2025
- Correo electrónico de la Dirección de Economía, Estudios y Política el día 16/06/2025.
- Correo electrónico de la Oficina de Tecnologías de la Información el día 17/06/2025.
- Orfeo N° 20259000291513 de la Subsecretaria Distrital de Cultura Ciudadana y Gestión de Conocimiento.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

- Orfeo N° 0257100292013 de la Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano
- Orfeo N° 20253000293803 de la Dirección de Arte, Cultura y Patrimonio

4. LIMITACIONES

Para el presente ejercicio de auditoría no se identificaron limitaciones.

5. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	-	
Cumplimientos	-	
Incumplimientos	3	5.1, 5.2 y 5.4
Oportunidades de Mejora	3	5.3, 5.5 y 5.6
TOTAL:	6	

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA VIGENCIA 2025

De conformidad con lo establecido en la política de administración de riesgos V3, en el mes de diciembre de 2024 la Oficina Asesora de Planeación realizó la solicitud a todos los líderes de proceso para que realizaran la identificación de los riesgos de gestión, corrupción, fiscales y LA/FT que serían gestionados durante la vigencia 2025.

Una vez verificados los mapas de riesgo publicados en la página web de la SCRD en el numeral 4.3.8: https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/gestion-de-riesgos?field_fecha_de_emision_value=1&field_tipo_de_documento_target_id=2389 se identificó que de los 21 veintiún procesos, sólo el proceso de Gestión de Talento Humano no actualizó su mapa de riesgos para la vigencia 2025, como se detalla a continuación:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

5.1. Incumplimiento N° 1: El proceso de Gestión de Talento Humano no identificó riesgos de ninguna tipología para la vigencia 2025. (No hubo respuesta por parte del proceso de Talento Humano, el hallazgo se mantiene)

La ausencia de identificación de riesgos en el proceso de Gestión de Talento Humano para la vigencia 2025 implica que no se han previsto las amenazas o eventos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso y, por extensión, los objetivos institucionales de la SCRD.

Esta omisión impide la adopción de medidas preventivas o correctivas, incrementando la exposición a posibles riesgos identificados en vigencias anteriores como los son: Fallos en la retención y desarrollo del talento, incumplimientos normativos, afectaciones al bienestar laboral y posibles conflictos en las relaciones laborales. Adicionalmente, esta falta de gestión deja sin control posibles riesgos de corrupción como la manipulación de procesos de selección y contratación, el favorecimiento de funcionarios o proveedores, la falta de transparencia en los ascensos y evaluaciones de desempeño y la inadecuada administración de recursos públicos vinculados a la nómina y la capacitación.

La no gestión de estos riesgos o cualquier riesgo adicional identificado por el proceso puede tener consecuencias adversas en la eficiencia operativa, la confianza ciudadana y la reputación institucional de la SCRD, comprometiendo su capacidad para cumplir con su misión y afectando negativamente la cultura organizacional y la transparencia.

IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES Y PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS PARA LA VIGENCIA 2025

De conformidad con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, el Manual metodológico de riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información, fiscal y LA/FT V2 de y el Formato GMC-PR-02-FR-01 V3 Mapa de riesgos de gestión, corrupción, fiscal, LA/FT se verificó que los controles identificados en los diferentes mapas de riesgos cumplieran con la siguiente estructura:

Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

De igual manera se verifico que para los riesgos que tengan una zona de riesgo residual Moderada, Alta y Extrema se definieran planes de tratamiento con el fin de fortalecer los controles existentes o crear nuevos controles que mitiguen la materialización del riesgo, evidenciando los siguientes hallazgos:

5.2. Incumplimiento N° 2: Se identificaron treinta y tres (33) controles cuya estructura no cumple con los criterios establecidos en los lineamientos metodológicos de la SCRD. (El hallazgo se mantiene)

La estructura de los controles propuesta por el DAFP y adoptada por la SCRD permite identificar la tipología del control, así como facilitar un adecuado monitoreo por parte de la segunda línea de defensa y una evaluación por parte de la tercera línea de defensa. Sin embargo, se evidenció que los siguientes treinta y tres (33) controles presentan debilidades en su redacción, por lo que se requiere realizar acciones correctivas para ajustar los respectivos mapas de riesgo.

La estructura definida para los controles debe incluir los siguientes componentes:

- Responsable
- Periodicidad
- Propósito
- Cómo se realiza el control
- Observación o desviación
- Evidencia

A continuación, se presentan los controles con las observaciones específicas que justifican la necesidad de corrección por parte de la primera línea con el acompañamiento y la verificación metodológica por parte de la OAP:

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
RIESGOS DE GESTIÓN		
Gestión del Direccionamiento Estratégico	El profesional de la OAP realiza la revisión y validación de la información programada por los proyectos de inversión, en el sistema de información Cultured, con ocasión a la generación del plan de acción comprobando que los datos registrados cumplan con las condiciones establecidas por la SDP y guarde coherencia con la programación anual de metas físicas y financieras. En caso de presentarse observaciones se devuelve para ajuste del área.	No se indica cuál es la evidencia o registro de la ejecución del control.
Gestión del	Se realizarán 3 mesas de trabajo en el año con los equipos de las	No se indica quién es el

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
Direcciónamiento Estratégico	áreas responsables de proyectos de inversión para socializar la metodología de programación y seguimiento. En caso de presentarse observaciones se realiza retroalimentación sobre los reportes efectuados. Se elabora acta de reunión de la mesa de trabajo como soporte.	responsable de ejecutar el control.
Gestión del Direcciónamiento Estratégico	El profesional de la OAP verifica que la justificación presente de manera clara los movimientos y ajustes a realizar; así como la afectación de las metas y adicionalmente que el documento de formulación incorpore las modificaciones solicitadas y sea consistente con el plan de acción, con las metas del proyecto de inversión y contribuya al cumplimiento de las metas sectoriales. En caso de presentarse observaciones se devuelve para ajuste del área.	No se indica cuál es la periodicidad, ni cuál es la evidencia de ejecución del control.
Gestión de la Comunicación Estratégica	El profesional encargado de asignar las tareas que ingresan al brief diariamente con el propósito de revisar que las solicitudes que ingresan de las dependencias sean claras, viables y que cuenten con los insumos necesarios (imágenes, textos, fecha, hora y lugar del evento). Se debe identificar en cada solicitud la viabilidad de la publicación y/o divulgación, asegurando que la información sea clara y precisa. La evidencia de la ejecución del control se verá relacionada en el seguimiento del brief.	El control inicia con una mala redacción <i>"El profesional encargado de asignar las tareas que ingresan al brief diariamente con el propósito de revisar"</i> No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control.
Gestión de la Comunicación Estratégica	Revisión y aprobación por parte del área solicitante de cada solicitud que se realiza según demanda, las solicitudes que ingresan por el brief cuando son gestionadas por parte del profesional de la OAC automáticamente se envían al área solicitante para su aprobación, en caso de evidenciarse un error serán devueltas en el aplicativo el cual deja registro de la gestión	No se mantiene la estructura definida: Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia , se sugiere revisar la redacción integral del control.
Gestión de la Comunicación Estratégica	Verificación cruzada y aleatoria de información por parte del corrector de estilo y/o jefe del área de manera semanal, si se evidencia errores o la información no proviene de fuente verificada no se publica, si la información es aprobada pasa a publicación y/o difusión. La evidencia se debe subir al aplicativo brief ya sea pantallazo de la revisión o correo.	No se mantiene la estructura definida: Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia , se sugiere revisar la redacción integral del control.
Gestión de la Mejora Continua	El profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación revisa que las características, requisitos y criterios de aceptación, sean claros y pertinentes con el producto o servicio para su posterior control. Cualquier observación o solicitud de ajuste se realizará a través de GLPI y el proceso misional deberá remitir los ajustes al mismo correo electrónico solicitudes.mipg@scrd.gov.co. Una vez se cuente con el aval del profesional de la Oficina Asesora de Planeación, se procederá con la radicación de la ficha.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
	El líder del proceso misional o profesional asignado por éste debe realizar una inspección exhaustiva del producto o servicio para confirmar que la no conformidad ha sido eliminada por completo, y debe detallar las acciones realizadas, los resultados obtenidos y las	No se indica cuál es la periodicidad, ni cuál es la evidencia de ejecución del control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	evidencias que respaldan la eficacia de la corrección. De acuerdo con el análisis se debe definir si la salida no conforme requiere plan de mejoramiento.	
	El profesional designado por la OAP-OTI, debe revisar la coherencia en la aplicación de la metodología, en la identificación, análisis, valoración y tratamiento del riesgo en los mapas de riesgos, de no cumplir con las condiciones metodológicas se realizará las observaciones correspondientes y se devolverá al proceso para su ajustes. Lo anterior, queda en la trazabilidad del GLPI que será anexado al radicado ORFEO de formalización del mapa de riesgos.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
	Los profesionales de la primera línea de defensa, se encarga de la ejecución operativa, documentando de manera le ejecución de sus controles y planes de tratamiento, adjuntando las evidencias correspondientes y reporta la materialización de riesgos, Paralelamente, la OAP y OTI en su rol de segunda línea llevan a cabo una revisión de los avances de los planes de tratamiento, la ejecución de los controles y la verificación de materialización de riesgos. Toda esta información se consolida en la carpeta compartida de Drive, facilitando el acceso y la transparencia.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control. No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control.
	El profesional de la segunda línea de defensa verifica la información cargada en el módulo de control interno, asegurando que las técnicas empleadas, el diligenciamiento de los campos y la coherencia con el plan de mejoramiento sean adecuados. Evalúa también los reportes de la primera línea, validando su coherencia, completitud, confiabilidad y oportunidad. En caso de identificar inconsistencias o áreas de mejora, registra sus observaciones y recomendaciones en el módulo, según el instructivo GMC-IT-01	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
	El profesional referente del Sistema de Gestión MIPG verificará que el documento cumpla con los criterios técnicos y los anexos correspondientes, de no cumplir estos requisitos se remitirá las instrucciones de ajuste mediante la herramienta GLPI, hasta asegurar el cumplimiento de los requisitos para finalizar la solicitud.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
Gestión del Conocimiento e Innovación	RG-GCI-1 - El proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación es responsable de ejecutar el seguimiento y publicación del avance de su estrategia formulada en el Plan de Gestión del Conocimiento e Innovación, esto mediante un seguimiento que se realiza cada dos meses, de tal forma que se asegura dejar evidencia de los avances alcanzados. Luego y al cierre de cada semestre, se consolida un informe ejecutivo que se revisa y aprueba para su publicación en la página web institucional, específicamente en el numeral 4.3 de la sección de Transparencia y Acceso a la Información. Si se identifican desviaciones, estas se documentan en el respectivo seguimiento y se notifica a los responsables para aplicar las correcciones necesarias, registrando las acciones en el sistema de gestión. La evidencia del control incluye los registros de seguimiento, además del informe semestral publicado en la web institucional, lo que asegura la transparencia y cumplimiento de las metas planificadas.	El responsable (es) de ejecutar el control no es específico, al indicar “el proceso” no hay un responsable claro identificado.
	RG-GCI-2 - El proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación, a través del Plan de Gestión del Conocimiento e Innovación publicado en el numeral 4.3 de la sección de Transparencia y Acceso a la Información de la página web institucional, establece una estrategia	El responsable (es) de ejecutar el control no es específico, al indicar “el proceso” no hay un responsable claro identificado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	para atender las necesidades y desafíos de la entidad. La ejecución de esta estrategia se realiza mediante la planeación y despliegue de metas, con seguimiento cada dos meses para verificar su cumplimiento. Luego y al finalizar cada semestre, se elabora un informe consolidado del avance, el cual se revisa y aprueba para su publicación en la web institucional, asegurando así la transparencia del proceso. Cualquier desviación detectada en el cumplimiento de metas se documenta en el seguimiento operativo mensual, notificando a los responsables para que realicen las correcciones necesarias. La evidencia de ejecución del control incluye los registros de seguimiento y el informe semestral publicado en el portal institucional.	
	El profesional delegado de la Oficina Asesora de Planeación en el marco del procedimiento GCI-PR-01 IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN gestiona la ejecución de las actividades para la identificación y priorización necesidades que la entidad puede tener en relación con la gestión del conocimiento e innovación, las cuales se ponen a consideración de aprobación ante el Comité de Gestión y Desempeño (Punto de control del procedimiento actividad 12) para su aprobación y posterior atención.	No se indica cuál es la periodicidad, ni cuál es la evidencia de ejecución del control.
Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía	RG-RCC-1 La Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el ciudadano realiza la revisión anual a la normativa vigente relacionada con el Modelo Distrital de Relacionamento Integral con la Ciudadanía a través de mesa de trabajo con el fin de realizar las actualizaciones correspondientes al normograma del proceso de Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía. La evidencia quedará consignada en el acta radicada a través de Orfeo.	No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control.
	RG-RCC-2 El equipo de Relacionamento con la Ciudadanía, adscrito a la Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano, realiza mensualmente alertas preventivas a través de correo electrónico dirigidas a las áreas responsables, con el fin de evitar el vencimiento de las peticiones pendientes de trámite. Estas acciones buscan garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos en la normatividad vigente, promoviendo la respuesta oportuna y mejorando la percepción ciudadana sobre la calidad del servicio. La evidencia de las alertas queda consignada mediante acta radicada en Orfeo.	No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control.
Gestión de la Promoción de Agentes y Prácticas Culturales y Recreodeportivos	RG-PCR-1 Profesional designado de la Dirección de economía, Estudios y Política de manera trimestral realiza mesas de trabajo para el seguimiento de las actividades de cumplimiento del plan de acción de la Política Pública de economía Cultural y Creativa, el seguimiento y decisiones quedaran registradas en un acta de reunión que será radicada en el sistema de gestión documental Orfeo.	No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control.
	RG-PCR-2 Los profesionales asignados por el Área Misional responsable de la convocatoria deberán revisar la documentación administrativa y técnica presentada en la plataforma por cada usuario inscrito, conforme a lo establecido en las Condiciones Generales y Específicas de la convocatoria. Lo cual se registra como documentación administrativa y técnica en la plataforma.	No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control
	RG-PCR-3 Se deben realizar mínimo 2 visitas o reuniones de	No se mantiene la estructura

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	seguimiento (virtual o presencial), en las cuales se verifica el cumplimiento de la ejecución de la propuesta, dejando evidenciado lo encontrado en un acta de reunión o visita de seguimiento, según sea el caso.	definida: Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia , se sugiere revisar la redacción integral del control.
	RG-PCR-4 Realizar, entre los profesionales de la Dirección, un proceso de revisión cruzada del 100% de las actuaciones relacionadas con el reconocimiento de la personería jurídica y los trámites derivados de los organismos vinculados al Sistema Nacional del Deporte, así como de las ESAL sujetas a inspección, vigilancia y control con fines culturales, recreativos y/o deportivos, cuya competencia recae en la Dirección de Personas Jurídicas. Este control tiene como propósito verificar el estricto cumplimiento de la normativa legal vigente, incluyendo sus modificaciones o actualizaciones, garantizando la legalidad y transparencia en el proceso.	No se indica qué acción se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control
Gestión de Investigaciones, Observaciones y Analítica de la Cultura, la Recreación y el Deporte	Los profesionales líderes y equipo técnico, realizan revisión y establecen la parametrización de los tiempos y estrategias de las metodologías implementadas para dar respuesta a una determinada solicitud con el fin de cumplir los requisitos exigidos para la generación del informe, medición o investigación. En caso de presentarse incumplimientos, los líderes solicitarán y verificarán la realización de los ajustes necesarios. Lo anterior se evidenciará mediante actas de Orfeo.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
	El Director en reuniones de Comité Primario, periódicamente realiza seguimiento y control a las actividades de cada uno de los grupos de trabajo de los procedimientos de Investigaciones y analítica a fin de verificar el cumplimiento de las metas establecidas en los Planes de Trabajo, en términos de cantidad, calidad y oportunidad a fin de facilitar información a los grupos de valor que les permita tomar decisiones. En caso de presentarse incumplimientos, el Director del Observatorio solicitará y verificará la realización de los ajustes necesarios. Los resultados y las decisiones tomadas en citado comité se evidencian en actas radicadas en Orfeo.	EL término “periódicamente” no es específico, ni medible para monitorear por parte de la segunda línea y evaluar por parte de la tercera línea la ejecución del control.
	El Director, los profesionales líderes y equipo técnico verifican el cumplimiento de los requisitos establecidos en las guías metodológicas de análisis de la información de la DOGCC, evidenciado en los formatos GIO-PR-02-FR-04 Formato diseño estadístico encuesta GIO-PR-02-FR-01 Formato control de crítica - digitación, GIO-PR-02-FR-03 Formato control de calidad de encuestas, GIO-PR-02-FR-02 Formato control de muestra en campo. En caso de presentarse incumplimientos, el Director del Observatorio y los líderes solicitarán y verificarán la realización de los ajustes necesarios. De lo actuado se dejará evidencia en Acta de Orfeo.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control.
	El Director realiza reuniones periódicas con líderes y personal designado responsable de la gestión al interior de la DOGCC para revisión y aprobación de los productos (informes, investigaciones, mediciones, boletines, presentaciones, etc.) antes de la publicación o divulgación que haya lugar; se evidencia en acta de reuniones.	El término “periódicas” no es específico, ni medible para monitorear por parte de la segunda línea y evaluar por parte de la tercera línea la ejecución del control.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
Gestión de la formulación y seguimiento de Políticas Públicas	El profesional de las áreas misionales presenta semestralmente los resultados a la Secretaría Técnica (subsecretario(a) o Director(a)) de la política pública para análisis y toma de decisiones frente a retrasos en la implementación del plan de acción de las políticas públicas que lidera la SCRD.	No se indica cuál es la evidencia o registro de la ejecución del control.
Gestión de Control Disciplinario Interno	El jefe de la OCDI participa en las capacitaciones impartida por la Secretaría jurídica de manera periódica, lo cual permite la actualización normativa en materia disciplinaria, quedando como evidencia la planilla de asistencia o el acta de control de la OCDI, si no se asiste a la reunión se puede actualizar con la circulares expedidas por la Secretaría Jurídica.	Una capacitación, aunque útil y necesaria, no siempre se considera un control efectivo por sí sola frente a la gestión de riesgos: La causa del riesgo se definió como: <i>*por falta de impacto a la norma *por mejora y/ adecuación típica de la norma *</i>, una capacitación no elimina esta causa raíz. Adicionalmente: Capacitar no asegura que se aplique correctamente lo aprendido, la transferencia de conocimiento puede ser incompleta o ignorada en la práctica, la efectividad de una capacitación depende de quién la recibe, cómo la recibe, y si tiene la motivación o el entorno para aplicarla.
RIESGOS DE CORRUPCIÓN		
Gestión de TIC	*El jefe de la Oficina, el profesional y/o contratista de la Oficina de Tecnologías de la Información, trimestralmente, con el fin de detectar desviaciones en la ejecución de los proyectos del PETI, realiza seguimiento a las actividades programadas, documentando el resultado.	No se indica qué acción específica se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control y cuál es la evidencia de la ejecución del control. ¿Qué pasa si se observa desviaciones en la ejecución de los proyectos del PETI? ¿Dónde queda documentado?
Gestión de la Promoción de Agentes y Prácticas Culturales y	RC-PCR-1- Existen tres filtros en el proceso: 1. Se brinda soporte y apoyo por parte del apoyo administrativo para la postulación de manera presencial en la plataforma, teniendo en cuenta que el proceso es 100% virtual; es importante destacar que, no se recibe ningún documento físico. Todo documento debe	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control. No se indica qué acción

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
Recreodeportivas	encontrarse en formato digital y en PDF. 2. Luego, el revisor N°1 (profesional misional) en cumplimiento del Decreto 2260 de 2021 válida en la plataforma de manera general, que el postulante cumple con todos los requisitos establecidos según el manual operativo 823 de 2021 del Ministerio de Cultura. 3. El revisor N°2 (profesional misional con experticia en el programa) valida en el sistema el total de la información de manera minuciosa, rigurosa y detallada; revisa los soportes cargados para cada registro según los parámetros establecidos. Así como, realiza el contraste de la información y documentos que reporta el aspirante al beneficio. Esta actividad rechaza o posibilita la opción de que se pueda continuar con el trámite. Esto mitiga que el riesgo se pueda materializar. Las acciones enunciadas se registran de manera semestral en una comunicación oficial para reportar el actuar de los roles enunciados en el proceso	específica se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control: 1. ¿Qué pasa si llegan personas con documentos físicos? ¿dónde queda el registro? 2. ¿Qué pasa si los postulantes no cumplen con los requisitos? ¿dónde queda el registro? 3. ¿dónde queda el registro, de rechazo del postulante?
Gestión de Investigaciones, Observaciones y Análisis de la Cultura, la Recreación y el Deporte	*El profesional designado para supervisar al equipo de campo, realiza seguimiento a los grupos encargados de la recolección y levantamiento de datos que se recogen mediante la utilización de los instrumentos diseñados en tablets o formularios impresos, a través de análisis de tendencias de información para el control de calidad. Si se evidencia que la información no es verídica y no cumple con los criterios de calidad, nuevamente se debe recolectar los datos en campo con un acompañamiento más estricto para evitar la alteración de los mismos. Se debe dejar en el repositorio Drive del Observatorio.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control
Gestión de la Apropiación de la Infraestructura y Patrimonio Cultural	*El(Los) Profesional(es) designado(s) de la SIPC deberán realizar la verificación de los requisitos establecidos en articulación con la Dirección de Arte, Cultura y Patrimonio y la Oficina Jurídica. La evidencia de la verificación serán las actas de reunión, teniendo en cuenta que para el caso de los escenarios de naturaleza privada o mixta esta actividad se realizará a través del SICON. La propuesta ¿Cumple los requisitos? Si cumple continúa con la actividad "Revisar si es necesaria la publicación del listado inicial de proyectos", Si No cumple: Continúa con la actividad "Identificar las organizaciones que requieren subsanaciones" o si es rechazado. Todo queda evidenciado mediante Acta de reunión (GMC-MN-01-FR-02) o Correo electrónico solicitud o Oficio Remisorio (GMC-MN-01-FR-06), respectivamente.	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control
Gestión de la Participación Ciudadana	*Todos los contratistas y funcionarios de la Dirección de Asuntos Locales y Participación implementan la TIC-PL-01 Política para el tratamiento de datos personales, que hace parte del Proceso de apoyo Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de la SCRd, con el fin de hacer un buen uso de bases de datos personales que maneja la DALP en beneficio propio o de terceros aplicando el formato PCD-PR-02-FR-02 v4 Registro de reuniones organizaciones y ciudadanía. *	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control No se indica qué acción específica se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia		
PROCESO	CONTROL	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
		control: ¿qué pasa si los funcionarios y contratistas no implementan la política?
Gestión Financiera	RC-FIN -2 - *De acuerdo con las competencias asignadas en el manual de funciones y obligaciones para el caso de la contratista y las (os) profesionales realizan las revisiones de las ordenes de pagos y sus soportes. Dentro del grupo responsable del tramite de pagos el líder realiza una asignación de manera aleatoria de las cuentas, lo anterior minimiza el riesgo que la misma persona no revise la misma cuenta de manera consecutiva, aunado a lo anterior, las cuentas de proveedores tienen una doble revisión por parte de los profesionales esta asignación de de manera aleatoria. *	No se indica cuál es la periodicidad de ejecución del control No se indica qué acción específica se debe realizar en caso de evidenciar una desviación en la ejecución del control: ¿qué pasa si se evidencian irregularidades en la cuenta? ¿dónde queda documentado?

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Oficina Asesora de Planeación:**

Agradezco profundamente la revisión detallada de cada control. Es cierto que, tanto en los instrumentos como en las mesas de trabajo e informes de monitoreo, hemos solicitado constantemente que los controles contengan la estructura metodológica del DAFP. Entiendo que, al haber una gran cantidad de información por validar, es posible que se pasen por alto ciertos detalles. Su retroalimentación nos permite identificar áreas de mejora y avanzar en la mejora continua. Por lo tanto, para este incumplimiento, se implementará una acción correctiva que consistirá en ajustar los controles respectivos y solicitar a cada proceso que especifique la fuente para el ajuste correspondiente en el control de cambios.

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Dirección de Economía, Estudios y Política:**

Desde febrero de 2025, la Dirección de Economía, Estudios y Política cuenta con un profesional de planta (Resolución SCRD No. 54 del 03 de febrero de 2025) encargada del seguimiento permanente a la Política Pública Distrital de Economía Cultural y Creativa, labor que ha quedado

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

debidamente documentada en el expediente con radicado SCRD No. 202524003810500001E. En cumplimiento de sus funciones, se han gestionado y realizado reuniones de acompañamiento y asesoría dirigidas a los distintos actores involucrados en la implementación de la política pública. Asimismo, se ha mantenido una comunicación constante y articulada con la Oficina Asesora de Planeación (OAP), la cual también cuenta con un profesional designado para este proceso, quien ha generado y ha acompañado varias de estas mesas de trabajo.

Es importante señalar que, conforme al proceso establecido para la formulación y seguimiento de políticas públicas, ante una eventual desviación en la ejecución o control de la política, corresponde a la segunda línea de defensa realizar la revisión de los avances tanto cualitativos como cuantitativos, contrastándolos con las metas, enfoques y presupuestos establecidos en la matriz del plan de acción y las fichas técnicas de los indicadores.

En caso de identificarse inconsistencias o incumplimientos por parte alguno de los responsables de la ejecución, la OAP devuelve el reporte a cada responsable solicitando los ajustes necesarios. De igual forma generan espacios de retroalimentación técnica con los equipos responsables, orientados a fortalecer la gestión y garantizar la adecuada implementación de la política pública.

Análisis Oficina de Control Interno:

La Oficina de Control Interno en este primer seguimiento no evaluó la ejecución de los controles, sino evaluó que la identificación y formulación de controles para la vigencia 2025 se haya realizado bajo la estructura metodológica propuesta por el DAFP y adaptada por la SCRD en sus documentos de gestión del riesgo, dónde se indica que el control debe llevar la siguiente estructura:

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL

Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia

Por lo anterior, se identificó que para cuatro controles del proceso de Gestión de la Promoción de Agentes y Prácticas Culturales y Recreodeportivos (RG-PCR-1), la redacción no cumple con la estructura metodológica, haciendo falta elementos claves que permitirán evaluar su cumplimiento en los monitoreos que realice la segunda línea de defensa y

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

evaluación por parte de la tercera, por lo anterior, el incumplimiento **se mantiene**, para que se realice la respectiva acción correctiva en la redacción e identificación de los controles.

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Subsecretaría Distrital de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento**

Nos permitimos informar que al revisar la redacción del control del riesgo de gestión del proceso de Gestión de la formulación y seguimiento de Políticas Públicas se evidencia que se ha cumplido con lo descrito en la actual Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en entidades públicas v.6 DAFP, 2022 y el manual metodológico de riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información, fiscal y la/ft GMC-MN-02, versión 2, donde se indica que se debe realizar de la siguiente manera:



El profesional de las áreas misionales presenta semestralmente los resultados a la Secretaría Técnica (subsecretario(a) o Director(a)) de la política pública para análisis y toma de decisiones frente a retrasos en la implementación del plan de acción de las políticas públicas que lidera la SCRD.

A continuación, se realiza una relación donde se demuestra el cumplimiento de la redacción del control con colores: responsable: La persona o área encargada de la ejecución. Periodicidad: La frecuencia con la que se realiza la actividad de control. Propósito: El objetivo que busca alcanzar el control. Cómo se realiza la actividad de control: La descripción del procedimiento o las acciones específicas. Qué pasa con las observaciones o desviaciones: El mecanismo para gestionar los hallazgos o no conformidades, evidencia es la información verificable que demuestra el cumplimiento de la actividad desarrollada y para tomar decisiones.

Con lo anterior se demuestra que el control cumple con la estructura definida en el manual y la guía, en consecuencia, la Subsecretaría de Cultura Ciudadana y Gestión de Conocimiento, en su rol de liderazgo en el proceso de Gestión de la Formulación

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

y Seguimiento de Políticas Públicas solicita que se desestime este proceso del listado “DESCRIPCIÓN DEL CONTROL” que soporta el incumplimiento N° 2. del informe preliminar de Evaluación y Seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucional

Análisis Oficina de Control Interno:

Sea lo primero precisar que el formato GMC-PR-02-FR-01 V3 Mapa de riesgos de gestión, corrupción, fiscal, LA/FT implementado por la SCRD tiene una estructura complementaria a la definida en la guía de riesgos del DAFP V6 más robusta y que permite una mayor precisión para la identificación del control:

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL

Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+ Observación o Desviación + Evidencia

En esta estructura se establece que se requiere la identificación de la evidencia o registro verificable de la ejecución del control, así las cosas, en el control:

“El profesional de las áreas misionales presenta semestralmente los resultados a la Secretaría Técnica (subsecretario(a) o Director(a)) de la política pública para análisis y toma de decisiones frente a retrasos en la implementación del plan de acción de las políticas públicas que lidera la SCRD”

No se establece cual es la evidencia, es decir, ¿qué presenta el profesional? ¿un informe, un oficio, se remiten los resultados a través de correo electrónico, una presentación en cualquier programa de que utilice el área, cualquiera de las anteriores opciones? Es importante que esto se defina en el control, ya que, cuando se haga el monitoreo de controles por parte de la segunda línea de defensa y la evaluación por parte de la tercera, serán las evidencias que verifiquen para el cumplimiento de la ejecución del control.

Frente a la desviación del control, es decir, si hay retrasos en la implementación del plan de acción de las políticas públicas ¿qué queda como evidencia? ¿un oficio, informe, correo, acta de reunión dónde la Secretaría Técnica (subsecretario(a) o Director(a)) de la política pública indica que acciones de realizarán para corregir las desviaciones encontradas?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

Teniendo en cuenta lo anterior, el incumplimiento **se mantiene para que se corrija en la matriz del proceso**, y se complementa con la información de las evidencias de ejecución del control.

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Subsecretaría Distrital de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento**

De manera extemporánea a través del radicado 20253000293803 del 19 de junio de 2025, la Dirección explicó como se lleva a cabo la ejecución de controles y los soportes que quedan de la ejecución de estos.

- **Análisis de la Oficina de Control Interno:**

La observación del informe no hace referencia a que el control no se esté ejecutando, sino que en la redacción de este deben quedar claros todos los criterios establecidos en el formato:

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL

**Responsable + Periodicidad+ Propósito + Cómo se realiza el control+
Observación o Desviación + Evidencia**

Por lo que se debe corregir la redacción del control, quedando claro como se ejecuta, para que posteriormente pueda ser monitoreado por la segunda y evaluado por la tercera línea de defensa. Por lo tanto, el hallazgo **se mantiene**.

5.3. Oportunidad de mejora N° 1: Se identificaron ocho (8) actividades de planes de tratamiento de riesgos que no son específicas ni medibles, lo que impide evaluar su cumplimiento. (Modificado)

Se recomienda que los planes de tratamiento de riesgos sean formulados de manera específica y medible, estableciendo claramente los responsables, la cantidad de actividades a ejecutar, los tiempos de implementación y las evidencias requeridas. Esto permitirá que la segunda línea de defensa pueda realizar un monitoreo efectivo y que la tercera línea de defensa pueda llevar a cabo una evaluación adecuada, determinando con precisión si los planes fueron cumplidos o no al finalizar la vigencia.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

A continuación, se presentan los planes de tratamiento con las observaciones específicas que justifican la necesidad de por parte de la primera línea con el acompañamiento y la verificación metodológica por parte de la OAP:

PROCESO	Actividad propuesta por el proceso en el plan de tratamiento de riesgos	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
Riesgos de corrupción		
Gestión del Conocimiento e Innovación	Automatización y disponibilidad y/o accesibilidad en las herramientas de uso y apropiación del conocimiento.	Es importante que se especifiquen cuáles son las herramientas de uso y apropiación del conocimiento a "automatizar". Teniendo en cuenta que en la entidad hay múltiples herramientas y según la redacción de la actividad se automatizarán todas.
Gestión de la Promoción de Agentes y Prácticas Culturales y Recreodeportivos	Se participará en las actividades relacionadas con prevención de corrupción, código de integridad, entre otras, las cuales sean convocadas por la Entidad. Se soportará la participación en los registros de asistencia y/o actas que se adelanten como resultado de los espacios.	¿Quiénes van a participar? ¿Todos los colaboradores del proceso, los líderes, un grupo en específico?
Gestión de Investigaciones, Observaciones y Analítica de la Cultura, la Recreación y el Deporte	Socializaciones y sensibilizaciones éticas.	¿A quién/es se les realizará la socialización, específico para el proceso o para toda la entidad? Teniendo en cuenta que la actividad está en plural ¿cuántas socializaciones se harán en la vigencia?
Gestión Documental	Realizar la verificación de los datos registrados en el inventario documental: Producto: 30% del acervo documental inventariado en estado natural.	No es preciso como se realiza la verificación de los datos registrados, ¿Qué información se verifica? ¿Cuál es el 100% del acervo? Para poder cuantificar el 30%
Gestión de Control Disciplinario Interno	Realizar capacitaciones de sensibilización en temas de corrupción de acuerdo con el cronograma establecido por la OCDI. Producto: Cronograma de capacitaciones, actas y enlaces de las reuniones.	Teniendo en cuenta que no se remite el cronograma de capacitaciones es importante indicar ¿cuántas capacitaciones se harán en la vigencia?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

PROCESO	Actividad propuesta por el proceso en el plan de tratamiento de riesgos	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
Riesgos de Gestión		
Gestión TIC	El jefe de la OTI presenta ante el comité Institucional de Gestión y Desempeño el informe de seguimiento de la ejecución de planes estratégicos y de gestión de TI, para dar solución a las posibles desviaciones, quedando como evidencia el acta de reunión.	No se define la frecuencia o periodicidad con la que el Jefe de la OTI debe presentar el informe ante el CIGD, lo cual impide una evaluación precisa de su cumplimiento.
Gestión Financiera	Validar el estado de los pagos generando el reporte en el aplicativo SAP BogDATA - Reportes de PAGO 0062 Y/O 0048	No se define la frecuencia o periodicidad con la que se valida el estado de los pagos en SAP BogDATA - Reportes de PAGO 0062 Y/O 0048, lo cual impide una evaluación precisa de su cumplimiento.
Gestión del Conocimiento e Innovación	2. Implementar espacios de co-creación y participación: Organizar talleres y reuniones colaborativas para identificar situaciones, necesidades o retos emergentes y proponer soluciones innovadoras para su atención. Producto: Actas de talleres y reuniones colaborativas que documenten las necesidades y retos emergentes identificados, junto con propuestas de soluciones innovadoras	Definir en la redacción de la actividad la cantidad mínima de talleres a realizar con el objetivo de tener una medición de cumplimiento de la actividad.

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano.**

Observación: Frente a esta oportunidad de mejora, y en relación con el seguimiento que realiza el proceso de Servicios Administrativos al préstamo de salas, se estableció un primer control a través de la Mesa de Servicios, donde se lleva la trazabilidad de cada solicitud. Como control adicional, se implementó un archivo compartido en drive con la empresa de vigilancia.

Solicitud: Por lo anterior, solicitamos amablemente que se realice la modificación correspondiente, con el fin de retirar esta oportunidad de mejora del informe mencionado

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
			VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA		FECHA: 13/10/2023	

Análisis Oficina de Control Interno:

Teniendo en cuenta la aclaración de que el primer control se lleva a cabo en un aplicativo o “mesa de ayuda” y para el plan de tratamiento se creo una herramienta de Drive para tener un control adicional, **se elimina** del cuadro de observaciones al proceso de Gestión Administrativa, por lo anterior, **se modifica** el hallazgo y se aclara que son ocho actividades las que presentan oportunidades de mejora, ya que, inicialmente se habían contado por error diez (10) y eran nueve (9).

VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS

Con corte al 31 de marzo de 2025, fecha en la que la Oficina Asesora de Planeación realizó el monitoreo como segunda línea, ninguna de las actividades formuladas en los planes de tratamiento de riesgos de gestión, corrupción o de LA/FT contaba con fecha de finalización el 31 de marzo, por lo tanto, ninguna fue evaluada como incumplida.

A continuación, se presenta un resumen de la cantidad de actividades formuladas por tipología de riesgo y el estado de las mismas.

Se recomienda a las áreas revisar la matriz anexa denominada “seguimiento riesgos OCI I trimestre 2025”, con el propósito de que revisen las actividades, especialmente aquellas evaluadas como **“sin iniciar”**, ya que, en varios casos esto se debe a que los soportes remitidos no evidencian el cumplimiento de la actividad propuesta o el reporte cualitativo no es claro, por lo tanto, se debe mejorar el reporte de la primera línea para el próximo monitoreo.

Riesgos de Gestión	
Estado Evaluación OCI	Cantidad de acciones
Sin Iniciar	27
El proceso	12
Terminadas	6

Riesgos de Corrupción

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
			VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA		FECHA: 13/10/2023	

Estado Evaluación OCI	Cantidad de acciones
Sin Iniciar	21
El proceso	11
Terminadas	2

Riesgos de LA / FT	
Estado Evaluación OCI	Cantidad de acciones
Sin Iniciar	4
El proceso	1

RIESGOS MATERIALIZADOS

De conformidad con lo reportado por la OAP mediante el radicado de Orfeo: 20251700226063, con corte a 30 de abril de 2025 ningún proceso ha reportado la materialización de riesgos.

De igual manera en la matriz de reporte de la primera línea de defensa: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IELfwBL7RSlt_-8c4ixrBBGZTfztUF8g/edit?gid=1257509776#gid=1257509776 ningún proceso reportó materialización, pero es importante señalar, que los siguientes proceso no diligenciaron la columna L del archivo dónde se registra si hubo materialización del riesgo:

- Gestión del Conocimiento e Innovación (Riesgos de gestión)
- Gestión de la Mejora Continua (Riesgos de corrupción)
- Gestión de Lectura, escritura y Oralidad (Riesgos de corrupción)
- Gestión Financiera (Riesgos de corrupción / LA/FT)
- Gestión Contractual (Riesgos de LA/FT)

Se recomienda a los procesos que no diligenciaron la columna L del archivo de seguimiento de riesgos dispuesto por la OAP, que completen la información correspondiente a la materialización de riesgos. Esto es fundamental para asegurar la trazabilidad completa y la verificación oportuna de los riesgos materializados, permitiendo a la segunda y tercera línea de defensa evaluar adecuadamente la efectividad de los controles implementados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

De conformidad con lo establecido en la política y el manual de administración del riesgo de la SCRD *“Los riesgos de Seguridad de la Información se identifican a partir de los activos de información, que se actualizan cada vigencia y son administrados por la Oficina de Tecnologías de la Información”*², teniendo en cuenta lo anterior, se verificó en el numeral 7.1.1. Registros de activos de información de la página web, la publicación de los activos de información de las vigencias 2024 y 2025 para verificar si se identificaron riesgos, evidenciando los siguientes hallazgos:

5.4. Incumplimiento N°3: Inoportunidad en la aprobación y publicación en la página web de la SCRD el registro de activos de información de la vigencia 2024. (Modificado)

Verificada la página web, numeral 7.1.1 <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/datos-abiertos/registros-de-activos-de-informacion> se evidencia que para la vigencia 2024, no se publicó el registro de activos de información que permitiera determinar que no se requería la identificación de riesgos de seguridad de la información para el segundo semestre de 2024 y el primero de 2025.

² Política de administración de riesgos V3

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

Análisis Oficina de Control Interno:

Si bien se evidencia que durante la vigencia 2024 la OTI realizó la gestión para actualizar los instrumentos de Registro de Activos de Información e Índice de Información Clasificada y Reservada, se evidencia incumplimiento y falta de oportunidad en la aprobación de los instrumentos, siendo junio de la vigencia 2025 se está incumpliendo con lo establecido en la política de administración del riesgo V3:

- Los riesgos de Seguridad de la Información se identifican a partir de los activos de información, que se actualizan cada vigencia y son administrados por la Oficina de Tecnologías de la Información.

Más aún cuando actualmente, se le está solicitando a los procesos que actualicen sus activos de información de la vigencia 2025 y ni si quiera han sido aprobados por el CIGD los de la vigencia 2024.

Aunque se evidencian avances por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información en la consolidación y elaboración de los instrumentos relacionados con el Registro de Activos de Información e Índice de Información Clasificada y Reservada, no se cumplió con la publicación oportuna del registro correspondiente a la vigencia 2024. Al cierre de junio de 2025, los instrumentos aún no cuentan con aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño ni han sido publicados, lo cual representa un incumplimiento normativo frente a la Ley 1712 de 2014 y una afectación directa a la gestión de riesgos de seguridad de la información, según lo dispuesto en la Política de Administración del Riesgo versión 3.

Se recomienda que la Oficina de Tecnologías de la Información, en articulación con la Oficina Jurídica y la Secretaría Técnica del CIGD, priorice la revisión, aprobación y publicación inmediata del Registro de Activos de Información e Índice de Información Clasificada y Reservada de la vigencia 2024. Asimismo, se sugiere definir un cronograma institucional con responsables y plazos claros que garantice el cumplimiento oportuno de estos procesos en futuras vigencias, en concordancia con los principios de transparencia, acceso a la información pública y gestión del riesgo, por lo anterior, el hallazgo **se modificó y se mantiene**.

RIESGOS FISCALES

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

De conformidad con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, la identificación de riesgos fiscales debe considerar las áreas con hallazgos fiscales identificadas por la Contraloría de Bogotá en sus informes de regularidad (actualmente denominados informes de auditoría financiera y de gestión), como una fuente clave para determinar posibles riesgos fiscales:

Paso 1: identificación de riesgos fiscales

Para la identificación del riesgo fiscal es necesario establecer los **puntos de riesgo fiscal y las circunstancias inmediatas**. Los puntos de riesgos son situaciones en las que potencialmente se genera riesgo fiscal, es decir, son aquellas actividades de administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes o recursos públicos, así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas⁹.

En conclusión, los puntos de riesgo fiscal son todas las actividades que representen gestión fiscal, **así mismo, se deben tener en cuenta aquellas**

⁹ Artículo 3 Ley 610 de 2000.

actividades en las cuales se han generado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y/o fallos con responsabilidad fiscal.

Teniendo en cuenta lo anterior, se identifica la siguiente oportunidad de mejora:

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

- 5.5. Oportunidad de mejora N°2: Realizar mesas de trabajo entre la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y las áreas con hallazgos fiscales correspondientes a la vigencia 2024 y al informe final de 2025. El propósito de estas mesas es identificar las causas de los hallazgos fiscales reportados por el ente de control, los posibles riesgos asociados y su correspondiente inclusión en el mapa de riesgos fiscales. (Se mantiene)**

Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación (OAP) liderar la coordinación de las mesas de trabajo con las áreas que presentan hallazgos fiscales en la vigencia 2024 y en el informe final de 2025. Estas mesas deben tener como propósito principal:

- Identificar las causas que originaron los hallazgos fiscales reportados por la Contraloría de Bogotá.
- Establecer los riesgos fiscales asociados a estos hallazgos.
- Formular acciones específicas para mitigar estos riesgos e incorporarlos en el mapa de riesgos fiscales de la entidad.

DOCUMENTOS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SCRD

- 5.6. Oportunidad de mejora N° 3: Los documentos de gestión del riesgo: POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS V3 y MANUAL METODOLÓGICO DE RIESGOS DE GESTIÓN, CORRUPCIÓN, SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, FISCAL Y LA/FT V2 no pertenecen al mismo proceso estratégico, el primer documento es de Direccionamiento Estratégico y el segundo del proceso de Gestión la Mejora Continua. (Se mantiene)**

Actualmente los documentos de gestión del riesgo, la Política de Administración de Riesgos V3 y el Manual Metodológico de Riesgos de Gestión, Corrupción, Seguridad de la Información, Fiscal y LA/FT, pertenecen a procesos estratégicos distintos. El primero está adscrito al proceso de Direccionamiento Estratégico, mientras que el segundo está adscrito al proceso de Mejora Continua.

Esta dispersión puede generar varios problemas:

- La política y el manual metodológico son documentos que, por naturaleza, están estrechamente relacionados y deben actuar de forma complementaria. Cuando no están bajo el mismo proceso estratégico,

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

pueden presentar inconsistencias en sus enfoques o falta de alineación en la implementación de la gestión de riesgos.

- La asignación en diferentes procesos puede dificultar la coordinación de las responsabilidades de las áreas involucradas, afectando la eficacia de la gestión de riesgos.
- Al no pertenecer al mismo proceso, existe el riesgo de duplicidad de actividades o, por el contrario, de omisiones en la ejecución de las acciones necesarias para una adecuada administración de riesgos.
- La evaluación y el seguimiento de los documentos pueden no ser homogéneos, lo que afecta la capacidad de la segunda y tercera línea de defensa para verificar el cumplimiento de los lineamientos de gestión de riesgos.

Por estas razones, se considera una oportunidad de mejora integrar o articular ambos documentos dentro de un mismo proceso estratégico. Esto permitirá asegurar su coherencia, fortalecer la efectividad de la gestión de riesgos y facilitar el monitoreo y evaluación de su aplicación en toda la entidad.

- **Respuesta al informe preliminar de auditoría Oficina Asesora de Planeación:**

Este es un punto que hemos trabajado desde principios de año. Por ello, solicité que no se deje como una oportunidad para formular una acción de mejora, ya que en el mes de enero se envió una propuesta de POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS V4 con ajustes importantes, incluyendo la codificación que la ubica en el proceso de mejora continua. Tenemos previsto que la próxima semana se pida nuevamente la revisión a los integrantes de la segunda línea y, de no tener observaciones, se solicitará amablemente a la Oficina de Control Interno (OCI) su inclusión en el comité CICCI para su aprobación. Anexo la evidencia.

- **Análisis Oficina de Control Interno:**

La oportunidad de mejora **se mantiene** debido a que a la fecha los ajustes se encuentran en proceso y adicionalmente, se sugiere que los documentos de gestión del riesgo pertenezcan al proceso de **Direccionamiento Estratégico**, lo anterior fundamentado en:

Rol del Direccionamiento Estratégico:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
			VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA		FECHA: 13/10/2023	

Según la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6 (DAFP), la gestión del riesgo hace parte de la estrategia institucional, en tanto permite anticipar amenazas y asegurar el cumplimiento de los objetivos misionales.

La formulación de políticas institucionales (como la de administración del riesgo) se enmarca dentro de las responsabilidades del direccionamiento estratégico, al estar directamente asociada con la gestión por resultados y la toma de decisiones a nivel directivo.

Carácter transversal de la política de riesgos:

La política define lineamientos institucionales y marcos de actuación generales.

El manual metodológico, aunque más operativo, debería derivarse de esa política y servir como herramienta de implementación, por lo que deben estar en total coherencia.

En particular, bajo la lógica de las tres líneas de defensa, el proceso de Direccionamiento Estratégico ejerce un rol de liderazgo en la definición de lineamientos y gobernanza del riesgo.

El proceso de Gestión de la Mejora Continua es fundamental para implementar, evaluar y retroalimentar la gestión del riesgo. No obstante, su rol debería ser de soporte metodológico y evaluación, no el de custodio primario de los documentos rectores de política institucional.

6. CONCLUSIONES

1. Se evidenció que la mayoría de los procesos de la SCRD han cumplido con la identificación de riesgos de gestión, corrupción, fiscales y LA/FT para la vigencia 2025, de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgos y los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6. Exceptuando el proceso de Gestión de Talento Humano.
2. Se identificaron deficiencias en la redacción y completitud de treinta y tres (33) controles, los cuales no cumplen con la estructura definida por la

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

SCRD, lo que limita la efectividad de los controles y dificulta su monitoreo y evaluación por la segunda y tercera línea de defensa.

3. Se observó que ocho (8) actividades de planes de tratamiento de riesgos no fueron formuladas de manera específica ni medible, lo cual impide evaluar objetivamente su cumplimiento y dificulta la implementación de acciones correctivas.
4. Al corte del 31 de marzo de 2025, ninguna de las actividades formuladas en los planes de tratamiento se evaluó como incumplida, sin embargo, se evidenciaron actividades Sin Iniciar debido a la falta de soportes acordes con las actividades formuladas o la falta de un reporte cualitativo claro.
5. No se identificaron registros de riesgos materializados para el periodo analizado; sin embargo, algunos procesos no diligenciaron la información en la matriz de seguimiento, lo cual limita la trazabilidad y la capacidad de la segunda y tercera línea para verificar la efectividad de los controles.
6. Se identificó que no se publicó en la página web de la SCRD el registro de activos de información correspondiente a la vigencia 2024, lo que dificulta la verificación de los riesgos de seguridad de la información para los periodos subsiguientes.
7. Se evidenció que la Política de Administración de Riesgos y el Manual Metodológico de Riesgos no están integrados en un único proceso estratégico, lo que podría generar dificultades de coordinación y coherencia en la gestión integral de los riesgos. Se recomienda articular ambos documentos de gestión del riesgo (Política V3 y Manual Metodológico V2) bajo el proceso de Direccionamiento Estratégico, asegurando que la Gestión de la Mejora Continua actúe como proceso de apoyo para el acompañamiento técnico, evaluación metodológica y retroalimentación de resultados. Esto garantiza alineación con el marco normativo del DAFP, evita duplicidades y fortalece la gobernanza de la gestión de riesgos.

7. RECOMENDACIONES

1. Tener en cuenta los aspectos que se han identificado como cumplimientos en el presente informe, con el objeto de que se mantengan y se sigan ejecutando en procura de la mejora y la conservación de los altos estándares en la ejecución del proceso objeto de evaluación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

2. Revisar y formular las acciones correctivas y de mejora que correspondan frente a los incumplimientos y oportunidades de mejora que se han determinado en el presente informe, acudiendo a la metodología vigente en la Secretaría, usando para ello la herramienta del módulo de Control Interno de Cultured. Lo señalado, permitirá contar con acciones concretas que eliminen las causas de los incumplimientos y de las oportunidades de mejora identificados, así como documentar debidamente el proceso de mejoramiento continuo en la entidad.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO

Revisar y formular las acciones correctivas y de mejora que correspondan frente a los incumplimientos y oportunidades de mejora que se han determinado en el presente informe, acudiendo a la metodología vigente en la Secretaría, usando para ello la herramienta del módulo de Control Interno de Cultured. Lo señalado, permitirá contar con acciones concretas que eliminen las causas de los incumplimientos y de las oportunidades de mejora identificados, así como documentar debidamente el proceso de mejoramiento continuo en la entidad. Lo anterior en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguiente a la fecha de recepción del presente informe.

9. FIRMAS

Elaboró
Diana del Pilar Romero
 Contratista OCI
Firma electrónica

Aprobó
Omar Urrea Romero
 Jefe Oficina de Control Interno
Firma electrónica

Nota: La comunicación interna remisoría del presente informe se constituirá como el informe ejecutivo y debe incluir como mínimo el resumen del resultado.

Documento 20251400299873 firmado electrónicamente por:	
Omar Urrea Romero	Jefe Oficina de Control Interno Oficina de Control Interno Fecha firma: 24-06-2025 07:58:32
Diana del Pilar Romero Varila	Contratista Oficina de Control Interno Fecha firma: 20-06-2025 10:58:29

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20251400299873 Fecha: 20-06-2025
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

 b933e5569a84ba8f5c444f239d93558ac39a72b3353ce8d3cd0b0fbbd8f33e17 Codigo de Verificación CV: 1772e
--