



COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., miércoles 28 de enero de 2026

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

Angélica Rocío Martínez Torres
Subsecretaria de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento

Ana María Boada Ayala
Subsecretaria de Gobernanza

Bibiana Andrea Victorino Ramírez
Directora de Lectura y Bibliotecas

Nathalia Rippe Sierra
Dirección de Arte, Cultura y Patrimonio

Sandra Margoth Vélez Abello
Jefe Oficina Jurídica

Ibón Maritza Munévar Gordillo
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

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

DE:

Sandra Milena Aristizabal López
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO:

Informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno – Segundo Semestre vigencia 2025.

Estimados integrantes del Comité de Coordinación de Control Interno:

De manera atenta, remito el Informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno – Segundo Semestre de la vigencia 2025, elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, el cual establece la obligación de evaluar y publicar semestralmente el estado del Sistema de Control





Interno, conforme a los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

El presente informe se elabora en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, adoptado mediante el Decreto 1499 de 2017, el cual integra el Modelo Estándar de Control Interno – MECI como parte de la séptima dimensión del modelo, orientada al fortalecimiento del control interno, la gestión del riesgo, el seguimiento al desempeño institucional y la generación de valor público.

Para su desarrollo, se tuvo en cuenta la Circular Externa No. 100-009 de 2019 del DAFP, así como el instructivo y la matriz oficial de evaluación independiente del Sistema de Control Interno, diligenciados con base en la información suministrada por las dependencias y en las evidencias de seguimiento, auditoría y monitoreo realizadas durante el segundo semestre de la vigencia 2025.

La evaluación se efectuó de manera integral sobre los cinco (5) componentes del Sistema de Control Interno, a saber:

1. Ambiente de Control.
2. Evaluación del Riesgo.
3. Actividades de Control.
4. Información y Comunicación.
5. Actividades de Monitoreo.

Cada componente fue analizado considerando su presencia y funcionamiento, de conformidad con los criterios establecidos en el instrumento del DAFP, así como el rol de las líneas de defensa, incluyendo la efectividad de los controles de la primera y segunda línea y la evaluación independiente a cargo de la Oficina de Control Interno como tercera línea.

El informe presenta una síntesis de los resultados obtenidos, identifica fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, y formula recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, especialmente en aquellos aspectos donde se evidencian falencias en el diseño, ejecución o efectividad de los controles.

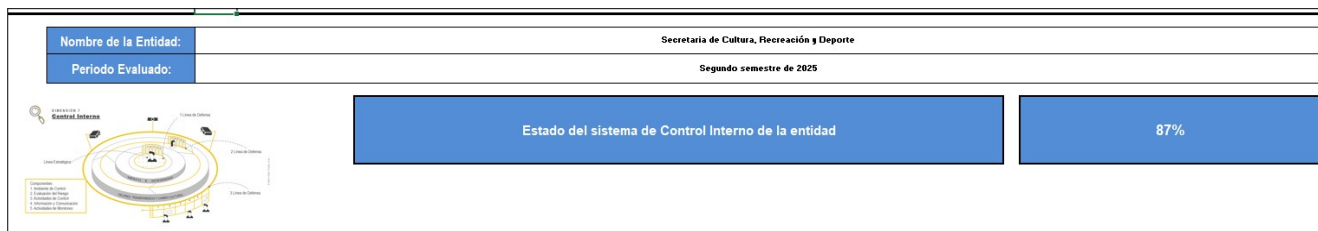
Adicionalmente, este documento da cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.21.4.7 del Decreto 648 de 2017, el cual regula la relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, y cuyo parágrafo primero señala:

“Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera.”

En consecuencia, el presente informe expone el estado del Sistema de Control Interno de la Secretaría para el periodo evaluado y constituye un insumo para la toma de decisiones de la Alta Dirección, orientado al fortalecimiento del control interno, la mejora continua de la gestión institucional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

La calificación general independiente para el Sistema de Control Interno de la Secretaría fue de **87 puntos** sobre 100, con un incremento de 4 puntos respecto a lo evaluado en el primer semestre de 2025, según se evidencia a continuación:





Fuente: Formato Informe SCI Parametrizado Final Departamento Administrativo de la Función Pública aplicado para la Secretaría de Cultura, diciembre 31 de 2025.

Este resultado se considera satisfactorio, en la medida en que evidencia que los cinco componentes del Sistema de Control Interno de la Secretaría se encuentran implementados y en funcionamiento, con niveles de madurez diferenciados. Frente al primer semestre de 2025, se registra un incremento de cuatro (4) puntos, atribuible a avances en el fortalecimiento del diseño y operación del sistema, particularmente en la actualización de instrumentos estratégicos y de control, el fortalecimiento de la gestión del riesgo institucional, la mayor articulación entre planeación, monitoreo y evaluación independiente, el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría con enfoque basado en riesgos y la mejora en los mecanismos de seguimiento al Plan de Acción Institucional y a los indicadores de gestión. Estos avances reflejan una mayor madurez del sistema en términos de estructura, roles y responsabilidades, y explican el comportamiento positivo de la calificación general frente al semestre anterior, sin perjuicio de las debilidades y oportunidades de mejora identificadas.

No obstante, se evidenciaron debilidades y oportunidades de mejora que se han identificado para cada componente, para lo cual al final del informe se realizaron las respectivas recomendaciones.

La calificación para cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno se presenta a continuación:

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	90%	<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Compromiso de la Alta Dirección con la integridad y la ética pública Se evidenció liderazgo institucional en la estructuración, adopción y seguimiento del Código de Integridad, conforme a la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública, con asignación expresa de responsabilidades al Secretario General y seguimiento periódico a su implementación. Estrategias efectivas de apropiación del Código de Integridad La ejecución de ejercicios lúdicos y participativos para la construcción de los valores institucionales, así como las campañas mensuales de interiorización, evidencian acciones orientadas a fortalecer la cultura organizacional, con resultados observables como la reducción del ausentismo y el bajo número de quejas ciudadanas. Funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) Se evidencia que el CICCI actúa como instancia de articulación y seguimiento, recibiendo informes de auditoría, seguimientos al PTEP, gestión de riesgos,





Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			<p>estados financieros y alertas estratégicas, lo cual fortalece la toma de decisiones informadas en materia de control interno.</p> <p>4. Avances significativos en la gestión del riesgo institucional La actualización de la Política de Administración del Riesgo y de los formatos e instrumentos asociados, así como la formalización de los mapas de riesgos (gestión, corrupción, fiscales y LA/FT), evidencian un fortalecimiento del diseño del Sistema de Control Interno y su alineación con la Guía DAFP 2025.</p> <p>5. Rol activo de la tercera línea de defensa La Oficina de Control Interno ejecutó auditorías y seguimientos basados en riesgos durante el segundo semestre de 2025, cuyos resultados fueron socializados ante el CICC y publicados en los canales institucionales, cumpliendo su función de evaluación independiente.</p> <p>6. Existencia de políticas, manuales y lineamientos institucionales El Manual de Funciones y las políticas institucionales del MIPG, en particular la Política de Control Interno, se encuentran formalizadas y definen claramente las responsabilidades de los servidores públicos en el cumplimiento de las directrices institucionales.</p> <p>Debilidades:</p> <p>1. Debilidades en la gestión del conflicto de interés A pesar de contar con mecanismos normativos, se evidenciaron incumplimientos en la oportunidad y completitud de la actualización de las declaraciones de conflicto de interés en SIDEAP y Orfeo, tanto por parte de servidores de planta como de contratistas, sin que se evidencie la formulación oportuna de acciones de mejora frente a todos los hallazgos identificados en el informe de auditoría de la OCI, Orfeo 20251400592273.</p> <p>2. Falta de documentación e implementación del esquema de líneas de defensa Aunque existe un formato para la identificación de líneas de defensa y se realizaron jornadas de socialización, no se evidencia la documentación formal del esquema de líneas de defensa ni su aprobación por el CICC, conforme a la Guía para la Construcción de Mapas de Aseguramiento V3.</p> <p>3. Ausencia del Mapa de Aseguramiento Institucional No se cuenta con el mapa de aseguramiento formalmente construido y articulado entre la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, lo cual limita la claridad sobre la cobertura de controles y roles de aseguramiento.</p> <p>4. Rezagos en la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento No todas las dependencias han formulado planes de mejoramiento frente a los hallazgos de auditorías internas de 2025, lo que debilita el cierre efectivo de brechas y la mejora continua del Sistema de Control Interno, se evidencia que no se han formulado la totalidad de acciones de los siguientes planes de mejoramiento (corte de la información enero 20 de 2026): Faltan formulación de acciones de mejora de los siguientes trabajos de auditoría: - Proceso de Gestión Contractual. - Seguimiento a la Implementación del MSP - Gestión de Talento Humano, Seguimiento a la articulación de los planes del Decreto 612 - Gestión Administrativa.</p>





Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			<p>- Gestión de Riesgos Institucional Segundo Semestre 2025</p> <p>- Auditoría al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>5. Debilidades en la gestión documental y trazabilidad de los planes de Talento Humano Se evidencian dificultades para localizar soportes, seguimientos y avances de los planes de Talento Humano, así como incumplimientos en el diligenciamiento de los formatos establecidos, lo cual afecta la transparencia y el control de la gestión. Frente a lo anterior se deben suscribir acciones de mejora.</p> <p>6. Pendiente actualización normativa del CICC Teniendo en cuenta el cambio en la Jefatura de la Oficina de Control Interno a partir de enero de 2026, se recomienda revisar y de ser necesario actualizar la Resolución No. 803 del 29 de octubre de 2021, "Por medio de la cual se actualiza la conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte y se integran criterios sobre su operación y funcionamiento"</p>
Evaluación de riesgos	Si	71%	<p>Fortalezas:</p> <p>1. Alineación estratégica y articulación con la planeación institucional: La SCRD actualizó el Plan Estratégico Institucional 2025–2028, soportado en un análisis de contexto institucional, lo cual constituye un insumo clave para la identificación y valoración de riesgos. Los objetivos de los procesos y proyectos de inversión se encuentran definidos, publicados y articulados con el Plan de Acción Institucional y el Plan Distrital de Desarrollo.</p> <p>2. Marco normativo y político formalmente adoptado: La Política de Administración del Riesgo (DES-POL-01) fue actualizada a su versión 4 durante el segundo semestre de 2025, incorporando el enfoque de líneas de defensa conforme a la Dimensión 7 del MIPG. Las actualizaciones de la política fueron aprobadas y socializadas en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICC).</p> <p>3. Roles y responsabilidades definidos: En la política de riesgos y en el Manual Específico de Funciones se encuentran claramente definidas las responsabilidades de los servidores frente a la gestión del riesgo. Se evidencia la aplicación operativa del enfoque de líneas de defensa en la gestión del riesgo institucional, en el cual participan de manera articulada la primera línea de defensa (líderes de proceso, responsables de la identificación, análisis y tratamiento de los riesgos), la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación – OAP, en su rol de orientación metodológica, consolidación y seguimiento), y la tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno – OCI, mediante actividades de evaluación independiente y verificación de la efectividad de los controles).</p> <p>4. Seguimiento y monitoreo sistemático: La Oficina Asesora de Planeación realizó informes periódicos de: Seguimiento a controles y Monitoreo a mapas de riesgos de gestión, corrupción, fiscal y LA/FT.</p>





Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			<p>5. La Oficina de Control Interno ejecutó auditorías y seguimientos a la gestión del riesgo institucional, cuyos resultados fueron comunicados a la Alta Dirección y al CICCI.</p> <p>6. De conformidad con los reportes de la primera y segunda línea de defensa, durante el segundo semestre de 2025 no se presentaron materializaciones de riesgos, lo cual es consistente con los mecanismos de control implementados; no obstante, ello no exime la necesidad de fortalecer la identificación, monitoreo y actualización permanente de los riesgos.</p> <p>7. Transparencia y rendición de cuentas: Los informes de auditoría y seguimiento al Sistema de Control Interno y a la gestión del riesgo se encuentran publicados en el botón de transparencia, fortaleciendo el principio de publicidad y acceso a la información</p> <p>Debilidades:</p> <p>1. Desactualización del Manual Metodológico de Riesgos: Aunque la Política de Administración del Riesgo fue actualizada (V4), el Manual Metodológico de Riesgos de Gestión, Corrupción, Seguridad de la Información, Fiscal y LA/FT no se ha actualizado de manera paralela. Esta situación genera un riesgo de inconsistencia metodológica entre la política y los instrumentos operativos utilizados por los procesos.</p> <p>2. Información desactualizada en la plataforma estratégica: En el portal institucional: https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/informacion-entidad/mapa-cartas-procesos no se evidencia la publicación de la Resolución que modificó la estructura de procesos, pese a que durante la vigencia 2025 se pasó de 21 a 18 procesos.</p> <p>Esto puede afectar la coherencia entre la plataforma estratégica, la gestión por procesos y la identificación de riesgos.</p> <p>3. Cobertura incompleta de tipologías de riesgo en los informes de monitoreo: En los informes de monitoreo presentados por la OAP, o de manera independiente no se presenta a la Alta Dirección el monitoreo realizado por la Coordinaciones de la Dirección de Gestión Corporativa y Relacionamento con el Ciudadano sobre algunas tipologías de riesgo, tales como: Seguridad y Salud en el Trabajo, Administración de personal, Riesgos ambientales, Gestión documental y riesgos contractuales.</p> <p>Esta situación limita la visión integral del riesgo institucional y seguimiento a oportunidades de mejora e incumplimientos</p> <p>4. En los informes de auditoría a la gestión de riesgos se identificaron dos oportunidades de mejora y un incumplimiento; sin embargo, a la fecha no se evidencia la identificación de acciones de mejora.</p>
Actividades	Si	83%	





Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
de control			<p>Fortalezas:</p> <p>1.Marco institucional formal para actividades de control Se cuenta con instrumentos base que soportan el diseño del control: Manual de Funciones vigente, Política de Administración del Riesgo (v4) y mapas de riesgos por proceso, lo que permite definir responsabilidades y controles asociados a riesgos institucionales.</p> <p>2. Estandarización para la identificación y caracterización de controles La actualización del formato institucional para identificación, valoración y tratamiento de riesgos (GMC-PR-02-FR-01 v4) incorpora criterios homogéneos para identificar y caracterizar controles, fortaleciendo la trazabilidad riesgo-control-responsable y mejorando la consistencia metodológica en los procesos.</p> <p>3. Operación de controles de seguimiento desde la segunda y tercera línea Se evidencia monitoreo a la gestión de riesgos por parte de la OAP (segunda línea) conforme a periodicidad definida en la política, y auditoría a la gestión del riesgo por parte de la OCI (tercera línea), con comunicación al CICC. Esto fortalece el aseguramiento y la retroalimentación del control.</p> <p>4. Ejecución del Plan Anual de Auditoría y comunicación al CICC La OCI ejecutó auditorías y seguimientos a procesos y sistemas (p. ej., Gestión Contractual, MSPI, SG-SST, SIDEAP, TIC, entre otros) y socializó resultados ante el CICC, lo que contribuye a evaluar la existencia y efectividad de controles y a promover su ajuste.</p> <p>5. Existencia de controles específicos en contratación y supervisión Se evidencia que existen instrumentos para la verificación de productos y servicios en contratos (manual de supervisión/mecanismos de control), y que los resultados de auditoría al proceso contractual fueron informados al CICC.</p> <p>6. Controles de acceso y seguridad de la información documentados Se cuenta con Política de Seguridad de la Información, manuales asociados (seguridad/privacidad), directorio activo y administración de roles por aplicativo; adicionalmente, existe una matriz roles/usuarios que documenta permisos, lo cual constituye base para control de accesos.</p> <p>Debilidades:</p> <p>1.Brechas en la efectividad de controles frente a requisitos normativos (MSPI – ISO 27001 y SG-SST) Los resultados de auditoría evidencian oportunidades de mejora para el cumplimiento de controles ISO 27001 y requisitos normativos del SG-SST; sin embargo, no se evidencia la suscripción oportuna de acciones de mejora derivadas de los hallazgos, lo que afecta el cierre de brechas y la mejora continua del control.</p> <p>2.Debilidad en segregación de funciones en sistemas de información (control de acceso) Aunque existe matriz de roles y usuarios, desde el enfoque de segregación de funciones no se evidencian reglas explícitas de incompatibilidades, restricciones para asignación simultánea de roles críticos, validaciones periódicas, ni articulación explícita con riesgos asociados (fraude/error/uso indebido). Esto limita la capacidad institucional para prevenir riesgos de fraude, error o uso indebido de los sistemas de información.</p>





Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			<p>3.Rezago en la gestión del mejoramiento sobre hallazgos de auditoría Se reitera la debilidad institucional para asegurar que los hallazgos de auditoría se conviertan en acciones correctivas verificables dentro de los sistemas (p. ej., CULTURED), lo que reduce la efectividad del ciclo "evaluación → mejora" y debilita el componente de actividades de control.</p> <p>4. Control documental y trazabilidad de soportes operativos Se identifican dificultades de trazabilidad/orden documental (p. ej., expedientes voluminosos o con bajo movimiento en sistemas de gestión documental, según auditorías previas), lo que aumenta el riesgo de que los controles existan pero no sean verificables o no cuenten con evidencia suficiente.</p>
Información y comunicación	Si	93%	<p>Fortalezas:</p> <p>1. La entidad cuenta con políticas, manuales y procedimientos formalmente adoptados y publicados, tales como: Política General de Seguridad de la Información (TIC-PL-02). Política Institucional y Lineamientos de Comunicación Pública (COM-POL-01). Manual de Servicio a la Ciudadanía (RCC-MN-01). Procedimientos de PQRSD y radicación de comunicaciones oficiales (RCC-PR-02, DOC-PR-05). Estos instrumentos garantizan lineamientos claros para la gestión de la información y la comunicación interna y externa.</p> <p>2.Canales de comunicación operativos: Se evidencian canales internos de comunicación en funcionamiento y plataformas externas habilitadas para la interacción con la ciudadanía (p. ej., Bogotá Te Escucha y SDQS). La existencia de una Estrategia de Comunicación Interna (2020-2024) y procesos de comunicación estratégica soporta la difusión institucional de información relevante.</p> <p>3. Gestión y control sobre PQRSD Las auditorías de cumplimiento realizadas (Primer semestre 2024 y Segundo semestre 2025) no evidencian incumplimientos en el trámite de PQRSD. Los resultados de dichos informes fueron presentados ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y socializados con los responsables del proceso, fortaleciendo la segunda y tercera línea de defensa.</p> <p>4. Seguimiento a través de auditorías internas La Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa) ha efectuado auditorías periódicas al proceso de relacionamiento con la ciudadanía y a la gestión de comunicaciones, lo cual contribuye a la verificación independiente del cumplimiento normativo.</p> <p>5. Se han generado reportes trimestrales de los resultados de la medición de percepción de los usuarios: https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/informes-encuestas-satisfaccion</p>



Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			<p>Debilidades:</p> <p>1. Seguimiento insuficiente a resultados de encuestas de satisfacción En los informes trimestrales de satisfacción del servicio no se evidencia: - Análisis comparativo frente a periodos anteriores. - Seguimiento a las recomendaciones formuladas. - Descripción clara de las acciones de mejora implementadas.</p> <p>Esta situación limita la trazabilidad de la gestión realizada y la evaluación de la efectividad de las acciones correctivas adoptadas.</p>
Actividades de Monitoreo	Si	86%	<p>Fortalezas:</p> <p>1. Estructura formal de monitoreo establecida: La entidad cuenta con mecanismos definidos y documentados para el monitoreo del desempeño institucional, a través de auditorías internas, seguimientos, monitoreo de riesgos, indicadores de gestión y planes institucionales, lo que evidencia la existencia de un esquema sistemático de seguimiento.</p> <p>2. Ejercicio activo de la segunda línea de defensa: La Oficina Asesora de Planeación realiza monitoreo periódico al Plan de Acción Institucional, indicadores de gestión y riesgos, y presenta los resultados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, fortaleciendo la supervisión transversal y la articulación con la planeación estratégica.</p> <p>3. Cumplimiento del rol de evaluación independiente: La Oficina de Control Interno ejecuta auditorías internas y seguimientos conforme al Plan Anual de Auditoría, y presenta los resultados ante la Alta Dirección y los comités institucionales, garantizando independencia y objetividad en la evaluación del SCI.</p> <p>4. Seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos: Se cuenta con procedimientos formalizados y herramientas institucionales (plataforma Cultured) para el seguimiento a planes de mejoramiento, lo que permite trazabilidad sobre compromisos derivados de auditorías internas y de los entes de control.</p> <p>5. Uso de instancias de gobernanza para el monitoreo: Los resultados del monitoreo y de las auditorías internas y externas son socializados en espacios decisorios (CIGD, CICC), lo que facilita la toma de decisiones informadas por parte de la Alta Dirección.</p> <p>Debilidades:</p> <p>1. Baja efectividad en el cierre de acciones de mejora: Se evidencian acciones incumplidas y cumplidas de manera inefectiva en los planes de mejoramiento, especialmente frente a los resultados de auditorías externas, lo que indica debilidades en la efectividad del monitoreo correctivo.</p>



Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
			2. No todas las dependencias formulan oportunamente planes de mejoramiento interno, ni registran avances en la plataforma institucional, afectando la oportunidad y utilidad del monitoreo realizado por la segunda y tercera línea.

Fuente: Formato Informe SCI Parametrizado Final Departamento Administrativo de la Función Pública aplicado para la Secretaría de Cultura, 31 de diciembre de 2025.

RECOMENDACIONES:

De acuerdo con lo señalado, y teniendo en cuenta los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación definido para realizar la evaluación independiente, se obtienen las siguientes recomendaciones para la mejora del sistema.

Ambiente de control

- Fortalecer la gestión del conflicto de interés (Talento Humano, Ordenadores del Gasto y Supervisores de Contratos):
Implementar mecanismos de control preventivo y de seguimiento que aseguren la actualización oportuna y completa de las declaraciones de conflicto de interés, así como la formulación y seguimiento efectivo de acciones de mejora derivadas de los trabajos de auditorías ejecutados por la OCI.
- Documentar y formalizar el esquema de líneas de defensa:
Liderar, desde la Oficina Asesora de Planeación, la documentación integral del esquema de líneas de defensa y de reporte institucional, aplicable a los diferentes sistemas, políticas y procesos de la entidad —y no limitado exclusivamente a la gestión de riesgos—, definiendo roles, responsabilidades, flujos de información y mecanismos de coordinación entre la primera, segunda y tercera línea de defensa. Dicho esquema deberá ser presentado para aprobación ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y, una vez aprobado, articulado con la Oficina de Control Interno para la construcción y actualización del Mapa de Aseguramiento Institucional, con el fin de optimizar la cobertura de aseguramiento y evitar duplicidades en las actividades de control, seguimiento y evaluación.
- Construir y adoptar el Mapa de Aseguramiento Institucional (Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno):
Definir y formalizar el mapa de aseguramiento conforme a la Guía Distrital vigente, con el fin de clarificar roles, responsabilidades y coberturas de control y evaluación.
- Fortalecer la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento (Oficina Asesora de Planeación):
Garantizar que todas las dependencias formulen, registren y hagan seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, asegurando el cierre efectivo de los hallazgos.





- Mejorar la gestión documental de los planes estratégicos de Talento Humano:
Optimizar la organización, trazabilidad y seguimiento de los expedientes y formatos asociados a los planes de Talento Humano, facilitando su control, evaluación y consulta.
- Actualizar la normativa del CICC (Oficina de Control Interno):
Revisar y de ser necesario actualizar la resolución de conformación y funcionamiento del CICC, asegurando su coherencia con la estructura organizacional vigente y los lineamientos actuales del Sistema de Control Interno.

Evaluación de riesgos

- Actualizar el Manual Metodológico de Riesgos (Oficina Asesora de Planeación):
Ajustar el manual metodológico para que sea consistente con la Política de Administración del Riesgo V4 y con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del DAFP (versión vigente).

Lo anterior permitirá asegurar coherencia metodológica entre los lineamientos estratégicos y la aplicación operativa de la gestión del riesgo en todos los procesos.
- Actualizar la información de la Resolución que actualizó la plataforma estratégica (Oficina Asesora de Planeación): <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/informacion-entidad/mapa-cartas-procesos> garantizando correspondencia con los cambios realizados durante la vigencia 2025.
- Presentar a la Alta Dirección los resultados del monitoreo efectuado por las diferentes Coordinaciones de la Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano, de conformidad con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo, respecto de las tipologías de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, gestión documental, ambientales y contractuales. Lo anterior permitirá a la Alta Dirección contar con una visión integral y consolidada del perfil de riesgos institucional para la toma de decisiones.

Actividades de Control

- Cerrar el ciclo de mejora de las auditorías (líderes de procesos auditados):
Asegurando la suscripción, registro y seguimiento oportuno de las acciones de mejora derivadas de los hallazgos identificados, fortaleciendo el rol de la Oficina Asesora de Planeación en el acompañamiento técnico a las dependencias, conforme al procedimiento Formulación, Seguimiento y Evaluación a Planes de Mejoramiento en CULTURED, con el fin de superar los rezagos evidenciados en la formulación y seguimiento de dichas acciones.

A la fecha no se evidencia la formulación en el Módulo de Control Interno de Cultured, de los hallazgos identificados en los siguientes trabajos de auditoría finalizados en la segunda vigencia de 2026:

- Proceso de Gestión Contractual.
- Seguimiento a la Implementación del MSPI.





- Gestión de Talento Humano, Seguimiento a la articulación de los planes del Decreto 612.
- Gestión Administrativa.
- Gestión de Riesgos Institucional Segundo Semestre 2025.
- Auditoría al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

● Fortalecer la matriz de roles y usuarios (Oficina de Tecnologías de la Información):

Incorporando criterios explícitos de segregación de funciones, que incluyan la identificación de funciones incompatibles, reglas de asignación de accesos, validaciones periódicas y su articulación con los riesgos de los sistemas de información, con el fin de asegurar la efectividad del control y reducir el riesgo de accesos indebidos o conflictos de interés.

Información y comunicación

Cerrar el ciclo de mejora de los informes de satisfacción del servicio (Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano).

Incorporar en cada informe trimestral un apartado de:

- *Recomendaciones del periodo anterior* (qué se adoptó y qué no, y por qué).
- *Plan de acción* (actividad, responsable, fecha, indicador, evidencia).
- *Seguimiento* (avance y resultados).

Lo anterior permitirá evidenciar que los resultados de los informes no se limitan a su elaboración, sino que son gestionados de manera integral, con análisis, seguimiento y acciones de mejora debidamente documentadas.

Actividades de Monitoreo

- Fortalecer, desde la Oficina Asesora de Planeación, las capacidades técnicas de las dependencias en la identificación y análisis de las causas raíz que dan origen a los hallazgos, dado que la efectividad de las acciones de mejora depende directamente de que estas respondan a las causas reales y no únicamente a los efectos evidenciados. Para ello, se recomienda que la OAP lidere lineamientos, acompañamiento metodológico y espacios de retroalimentación orientados a mejorar la formulación de acciones correctivas y preventivas, asegurando que los planes de mejoramiento contribuyan de manera efectiva a la solución estructural de las debilidades identificadas y a la no reincidencia de los hallazgos.

Es procedente que los resultados de este informe sean socializados con los servidores de cada dependencia y que, en el marco del ejercicio de autocontrol y autorregulación, se formulen y ejecuten las acciones necesarias para atender las recomendaciones aquí consignadas. Lo anterior, conforme lo establecido en el Procedimiento GMC-PR-04 V1 Formulación seguimiento y evaluación a planes de mejoramiento.

Cualquier información adicional, con gusto estamos atentos.

Atentamente,






Sandra Milena Aristizábal López
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Matriz de evaluación independiente segundo semestre de 2025.

Proyectó: Diana del Pilar Romero – Contratista OCI

Copia: Lucila Guerrero - Coordinadora GIT de Talento Humano
Paola Ramírez- Coordinadora GIT de Servicios Administrativos
Miriam Sosa - Coordinadora GIT de Contratación

Documento 20261400084253 firmado electrónicamente por:	
Sandra Milena Aristizabal Lopez	Jefe Oficina de Control Interno Oficina de Control Interno Fecha firma: 28-01-2026 11:50:41
Diana del Pilar Romero Varila	Contratista Oficina de Control Interno Fecha firma: 28-01-2026 11:59:53
 bc04a0859ca74f890907b6a01edd562c09bb2598bae26e2d69081defd5211c1d Codigo de Verificación CV: f36aa	

