

**INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS
INSTITUCIONALES 2024
PRIMER CUATRIMESTRE**

**CORTE
30 DE ABRIL DE 2024**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE.....	6
3. CRITERIOS NORMATIVOS.....	6
4. METODOLOGÍA	7
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2024-PRIMER CUATRIMESTRE.....	9
6. CONCLUSIONES	25
7. RECOMENDACIONES	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Mapa de procesos vs mapa riesgos 2024.	13
Figura 2-Ficha del riesgo DAFP – Seguridad de la Información número GITS-28. Tomado del aplicativo Isolucion.	14
Figura 3-Debilidades del DOFA de fecha 2022-11-04. Tomado del aplicativo Isolucion. En amarillo se resaltan algunas debilidades asociadas a los procesos que no cuentan identificación de riesgo.....	14
Figura 4-Amenazas del DOFA de fecha 2022-11-04. Tomado del aplicativo Isolucion. En amarillo se resaltan algunas amenazas asociadas a los procesos que no cuenta con identificación de riesgo.	15
Figura 5- Figura matriz inherente vs matriz residual del mapa de calor de riesgos de corrupción. Fuente: tomado de aplicativo Isolución/riesgos de corrupción/mapa de calor.	16
Figura 6- Información del riesgo GSCF-27 tomado del aplicativo Isolución/riesgos de corrupción vigencia 2024.....	17
Figura 7- Figura matriz inherente vs matriz residual del mapa de calor de riesgos de gestión. Fuente: tomado de aplicativo Isolución/riesgos de corrupción/mapa de calor.	19
Figura 8-Ficha del riesgo DAFP – Seguridad de la Información número GITS-28. Tomado del aplicativo Isolucion.	22
Figura 9- Módulo de Riesgos, Sección Transparencia del portal institucional. Fuente: imagen tomada de la URL https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos	23
Figura 10- Acción para abordar riesgos No. 1073 de fecha 2024.09.23. Fuente: Tomada de aplicativo Isolucion /mejora/acciones para abordar riesgos.	24

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios normativos.....	6
Tabla 2. - Riesgos por proceso vigencia 2024, muestra el estado posterior a la aplicación de controles (1). Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.	9
Tabla 3. Acciones para abordar riesgos de corrupción. Fuente de elaboración propia a partir de registros módulo de mejora/acciones para abordar riesgos del aplicativo Isolucion vs matriz de monitoreo de riesgos de corrupción I cuatrimestre 2024.	18
Tabla 4. Acciones para abordar riesgos de gestión. Fuente de elaboración propia a partir de los registros en el módulo de mejora/acciones para abordar riesgos del aplicativo Isolucion vs matriz de monitoreo de riesgos de gestión I cuatrimestre 2024.	21

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley, en especial lo preceptuado en la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables, y en atención a las actividades definidas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS) vigencia 2024, realizó el presente informe de evaluación y seguimiento a la Gestión del Riesgo (gestión, corrupción, seguridad digital, fiscal), respecto al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril del 2024.

1. OBJETIVO

Verificar la gestión y cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos Institucionales.

1.1 Objetivos específicos:

1. Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo con corte al 30 de abril de 2024.
2. Verificar y evaluar el seguimiento a los riesgos institucionales durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 30 de abril de 2024.
3. Validar los controles asociados a los riesgos institucionales.
4. Revisar los riesgos materializados durante el primer cuatrimestre de 2024 y las acciones tomadas para su mitigación.
5. Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas al culminar la vigencia 2023.

2. ALCANCE

La evaluación y el seguimiento tiene alcance a los riesgos de gestión, de corrupción, seguridad y privacidad de la información y seguridad digital, desde el establecimiento de la política para la gestión de riesgos, determinación de acciones para su mitigación, posibles riesgos materializados el monitoreo y seguimiento, realizado por la segunda y primera línea de defensa respectivamente, de los riesgos identificados a los procesos del Instituto, para el primer cuatrimestre del 2024.

3. CRITERIOS NORMATIVOS

Tabla 1. Criterios normativos.

ORIGEN	NORMATIVIDAD
EXTERNO	Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional
	Ley 1474 de 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."
	Ley 87 del 29 de noviembre de 1993. – Artículo 2- Objetivos del Sistema de Control Interno.
	Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3 - Roles de la Oficina de Control Interno.

Origen**NORMATIVIDAD**

Decreto 1499 de 2017. Capítulo 2 - Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.

Decreto 1083 de 2015- Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública., artículo 2.2.21.5.5 “Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública

Resolución 1519 de 2020 – Mintics “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos.

Guía rol de las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces. v3 - 2023.

Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 - 2022.

Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG- versión 5 – marzo 2023 - Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno.

Resolución 1142 de 2022-12-29 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.

ResoluciónNo.000403 de 2020 (3 de Julio) “Por la cual se ajusta y actualiza la composición del SIG”, Artículo 21. Estructura del Modelo Estándar de Control Interno; Artículo 22. Definición y conformación de las líneas de defensa del Modelo Estándar de Control Interno; 23. Responsabilidades de los servidores, según las líneas de defensa.

Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.

EXTERNO**INTERNO**

4. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cumplimiento a los roles establecidos en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648 de 2017, “De las oficinas de control interno: Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la

prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”; comunica a la Alta Dirección información relevante relacionada con la evaluación de la gestión de los riesgos en la Entidad para el para el período comprendido entre el 1 de enero al 30 de abril de 2024 (1er cuatrimestre 2024), con base a la revisión y análisis de la documentación que a continuación se detalla:

1. De la información solicitada mediante Oficio No. 021-OFCI-DG-2024 de fecha 2024-04-18 y allegada, para elaborar informe de seguimiento de los riesgos institucionales – primer cuatrimestre de 2024, a saber:
 - a. Matriz de riesgos institucionales con corte al 30 de abril de 2024.
 - b. Matriz de monitoreo de riesgos de seguridad de la información.
 - c. Matriz de monitoreo de riesgos de gestión.
 - d. Informe de seguimiento de controles de la segunda línea de defensa.
 - e. Informe anual de gestión.
 - f. Informe de posibles riesgos materializados.
 - g. Estado de indicadores establecidos en la política de gestión de riesgos.
 - h. Reporte del nivel de avance de las acciones realizadas acorde a los resultados del informa de seguimiento de los riesgos institucionales del tercer cuatrimestre de 2023.
2. De la Resolución 1142 de 2022-12-29 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.
3. Del Mapa de riesgos de la entidad vigencia 2024 publicado en el portal institucional a marzo 31 de 2024.
4. Del Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.
5. Del Informe de seguimiento a la gestión de riesgos al final de la vigencia 2023.
6. Del procedimiento Gestión de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora de código DG-C-P-014, versión 14.

El seguimiento se realizó cumpliendo el cronograma de trabajo contemplado para el primer trimestre de la vigencia 2024. A continuación, se presentan los resultados evidenciados durante el primer trimestre de la vigencia 2024:

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2024-PRIMER CUATRIMESTRE.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuenta con un mapa de riesgos vigencia 2024 elaborado bajo los parámetros establecidos por el DAFP en alineación con la política institucional para la gestión del riesgo. Para su formulación contó con la participación de los líderes de proceso, fue consolidado y publicado por la Oficina de Planeación, permitiendo así establecer mecanismos para identificar, valorar y mitigar los riesgos, con el fin entre otras, de robustecer el Sistema de Control Interno para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de la planeación estratégica de la entidad.

5.1 Contexto de la Entidad.

Para el seguimiento a la Gestión de los Riesgos en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de abril de 2024, se realizó el análisis al “Mapa de Riesgos Institucionales” publicado en el portal institucional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la siguiente ruta <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos>, en el que se observó que para la vigencia 2024 se encuentran definidos los riesgos de la siguiente manera:

Tabla 2. - Riesgos por proceso vigencia 2024, muestra el estado posterior a la aplicación de controles (1). Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.

Proceso	(1) Riesgo No.	Clase	Acción para abordar riesgos	Total de riesgos por proceso	No. De Controles
Administración del SIG	SIG-15	Corrupción	No requiere (Control verde)	1	4
Gestión Administrativa	GA-128	Corrupción	1154	1	2
Gestión Contractual	GC-1	Corrupción	1153	1	2
Certificación de peritos forenses	GCPF-33	Corrupción	No requiere (Control verde)	3	3
	GCPF-34	Corrupción	No requiere (Control verde)		3

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2024 - PRIMER CUATRIMESTRE

Página 10 de 26

Proceso	(1) Riesgo No.	Clase	Acción para abordar riesgos	Total de riesgos por proceso	No. De Controles
	GCPF-35	Corrupción	No requiere (Control verde)		4
Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	GITS-31	Corrupción	No requiere (Control verde)	1	3
Gestión de la Comunicación	GCOM-15	Corrupción	No requiere (Control verde)	1	2
Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	GSST-14	Corrupción	No requiere (Control verde)	1	2
Gestión del Conocimiento Científico Forense	GSCF-27	Corrupción	No requiere (Control verde)	1	1
Gestión del Servicio Pericial	GSF-189	Corrupción	1132	7	2
	GSF-190	Corrupción	1133		4
	GSF-191	Corrupción	No requiere (Control verde)		8
	GSF-192	Corrupción	1141		5
	GSF-193	Corrupción	No requiere (Control verde)		3
	GSF-194	Corrupción	1145		2
	GSF-195	Corrupción	1146		4

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2024 - PRIMER CUATRIMESTRE

Página 11 de 26

Proceso	(1) Riesgo No.	Clase	Acción para abordar riesgos	Total de riesgos por proceso	No. De Controles
Gestión del Sistema de Evaluación y Control	GSEC-35	Corrupción	No requiere (Control verde)	2	2
	GSEC-36	Corrupción	No requiere (Control verde)		3
Gestión del Talento Humano	GTH-20	Corrupción	No Requiere (Control Verde)	1	1
Gestión y Soporte Jurídico	GSJ-9	Corrupción	No Requiere (Control Verde)	1	3
Administración del SIG	SIG-16	Gestión	1168	2	2
	SIG-17	Gestión	1170		1
Gestión Administrativa	GA-129	Gestión	1167	7	1
	GA-130	Gestión	1172		2
	GA-131	Gestión	1173		2
	GA-132	Gestión	1176		3
	GA-133	Gestión	1182		1
	GA-134	Gestión	1184		1
	GA-135	Gestión	1190		2
Certificación de peritos forenses	GCPF-36	Gestión	1162	2	1
	GCPF-37	Gestión	1163		1

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2024 - PRIMER CUATRIMESTRE

Página 12 de 26

Proceso	(1) Riesgo No.	Clase	Acción para abordar riesgos	Total de riesgos por proceso	No. De Controles
Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	GITS-32	Gestión	1186	2	1
	GITS-33	Gestión	1191		1
Gestión de la Comunicación	GCOM-16	Gestión	1192	1	1
Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	GSST-15	Gestión	1179	3	1
	GSST-16	Gestión	1180		1
	GSST-17	Gestión	1181		1
Gestión del Servicio Pericial	GSF-196	Gestión	1166	2	3
	GSF-197	Gestión	1187		3
Gestión del Sistema de Evaluación y Control	GSEC-37	Gestión	1164	2	1
	GSEC-38	Gestión	1174		1
Gestión del Talento Humano	GTH-21	Gestión	1177	2	1
	GTH-22	Gestión	1178		1
Gestión Financiera	GF-77	Gestión	1183	3	1
	GF-78	Gestión	1185		3
	GF-80	Gestión	1189		3
Gestión y Soporte Jurídico	GSJ-10	Gestión	1165	1	2

Gestión del Conocimiento Científico Forense**GSCF-28**

Gestión

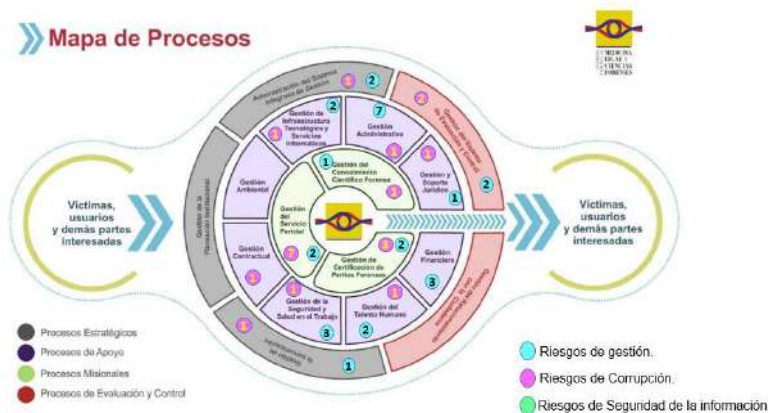
1

1

Se aclara que la cantidad de controles establecidos en cada riesgo identificado, no está relacionada directamente con la materialización o no del riesgo, estos han sido diseñados con el fin de mitigar la causa raíz del riesgo e impacto, posibilitar el tratamiento y evitar su materialización.

Para la vigencia se determinaron 49 riesgos en total, de los cuales 21 son de corrupción y 28 de gestión, como lo muestra la figura 1:

Figura 1-Mapa de procesos vs mapa riesgos 2024.



Fuente de elaboración propia: Oficina de Control Interno 2024, a partir del Manual de calidad contenido en el aplicativo Isolución [20230131MANUALSIG_4.pdf \(medicinalegal.gov.co\)](https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos) y mapa de riesgos publicado en la URL <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos>.

A partir de la figura 1 y del análisis realizado por la Oficina de Planeación al indicador 1 “Porcentaje de riesgos identificados por proceso” se puede observar lo siguiente:

- a) No se da cumplimiento a la “Resolución 1142 de 2022-12-29 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, artículo 2 literal a). “identificar los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad de la información en los procesos institucionales”, en cuanto al artículo 3. Alcance. “La política de gestión del riesgo es aplicable a todos los procesos del instituto en sus diferentes sedes “, por cuanto para los procesos de Gestión de la Planeación Institucional, Gestión Ambiental y Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía no se

determinaron riesgos para la vigencia 2024.

b) No se da cumplimiento a la identificación de riesgos inherentes a la seguridad de la información para la vigencia 2024, a lo establecido en la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022” página 98, como tampoco a la directrices contenidas en el numeral 7.2 Generalidades literal a) “El presente procedimiento es aplicable para la gestión de tres tipos de riesgos que corresponden a: Riesgos de Gestión, de Corrupción y de Seguridad de la Información, los cuales se registran en el aplicativo ISOLUCIÓN, de acuerdo con los anexos correspondientes a cada tipo de riesgo "PASO A PASO PARA EL REGISTRO DE RIESGOS EN ISOLUCIÓN" (DG-E-P-022-AX-001, DG-E-P-022-AX-002 y DG-E-P-022-AX-003), a la actividad 7.4.2. ACTIVIDAD No 2. IDENTIFICAR LOS RIESGOS, tarea 5 “Identificar los posibles riesgos de seguridad de la información” del procedimiento DG-P-022 versión 08(vigente) “GESTIÓN DE RIESGOS”. No se apropia lo relacionado al numeral 8. Operación de la NTC-ISO 27001:2013 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información. Requisitos. Es pertinente señalar se encuentra en el aplicativo Isolucion/ módulo sistemas/mapa de calor/ el riesgo **GITS-28** sin acciones que mitiguen el mismo, a la fecha continúa en etapa de autoevaluación (sin cerrar el ciclo), como lo evidencia la siguiente figura:

Figura 2-Ficha del riesgo DAFP – Seguridad de la Información número GITS-28. Tomado del aplicativo Isolucion.

Identificación del Riesgo	
Nombre	GITS-28
Descripción del Riesgo	Todas las entidades organizacionales a Nivel Nacional que están expuestas a la pérdida de disponibilidad en los servidores que soportan los sistemas de información institucional, debido a ataques de hackers y capacidad de respuesta por parte de las entidades y ciudadanos que acceden los servicios del INMLCF, por causa del aprovechamiento de las vulnerabilidades de la plataforma tecnológica y debilidades en el cumplimiento de la misma.
Ámbito de Impacto	2023/2023
Fecha del Riesgo	31/12/2023
Responsable	CAROLINA VELAZQUEZ CASTELLANO
Proceso	Seguridad de la Información: Tecnología e Informática
Objetivo de Vigencia	Garantizar la implementación de medidas de seguridad en los servidores que soportan los sistemas de información institucional, para el cumplimiento de los fines, establecidos en el Plan de Medios Legales y Científicos Forenses y la Ley de Acceso a la Información Pública, de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
Clasificación del Riesgo	Alta
Factores del Riesgo	Dependencia de la tecnología.
Impacto	Se afecta la continuidad de los servicios de información institucional, debido a la pérdida de disponibilidad en los servidores que soportan los sistemas de información institucional, debido a ataques de hackers y capacidad de respuesta por parte de las entidades y ciudadanos que acceden los servicios del INMLCF.
Causa Inmediata	Aprovechamiento de las vulnerabilidades de la plataforma tecnológica.
Causa Root	Debilidades en el cumplimiento de la plataforma tecnológica.
Efecto/Causa	Debilidades en el cumplimiento de la plataforma tecnológica.
Acciones	Debilidades en el cumplimiento de la plataforma tecnológica.
Análisis del Riesgo	
Impacto Potencial de ocurrencia	La pérdida de disponibilidad de los servicios de información institucional, debido a ataques de hackers y capacidad de respuesta por parte de las entidades y ciudadanos que acceden los servicios del INMLCF.
Probabilidad de ocurrencia	Muy Alta
Impacto Potencial	Debilidades en el cumplimiento de la plataforma tecnológica.
Impacto	Mediando
Clasificación del Riesgo	Alta
Evaluación	Mediando
Medidas de Mitigación	Procedimiento de Mitigación

En este sentido se observa, no se integra en su totalidad la identificación de los riesgos con el DOFA institucional, base para formular además la planeación estratégica implementar los objetivos de la entidad y robustecer el sistema de control interno.

Figura 3-Debilidades del DOFA de fecha 2022-11-04. Tomado del aplicativo Isolucion. En amarillo se resaltan algunas debilidades asociadas a los procesos que no cuentan con identificación de riesgo.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2024 - PRIMER CUATRIMESTRE

Página 15 de 26

DEBILIDADES
Recuperación del costo de la pericia
Diversidad étnica, de género, cultural y religiosa.
Posición de la comunidad vecina a la apertura de puntos de atención.
Seguridad informática.
Infraestructura tecnológica
Política de gobierno digital - transformación digital
Cambios normativos jurídicos
Comunicación interna
Comunicación externa
Atención y servicio al ciudadano
Imagen Institucional
Infraestructura para la prestación de servicios.
Sedes arrendadas o en comodato
Sedes amigables con el medio ambiente.
Certificación de peritos
Cambios en la ciencia o en las metodologías
Tratamiento de los documentos digitales
Organización y control del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Oportunidad en la prestación del servicio
Atención de desastres, pandemias y/o emergencias
Proyectos de investigación
Competencia del talento humano
Conocimiento de los procesos y procedimientos.
Formación de los servidores para la atención con enfoque diferencial v/o discapacidad.

Figura 4-Amenazas del DOFA de fecha 2022-11-04. Tomado del aplicativo Isolucion. En amarillo se resaltan algunas amenazas asociadas a los procesos que no cuenta con identificación de riesgo.

AMENAZAS
Cambios en políticas de gobierno.
Planes de ordenamiento territorial.
Cambio de administración institucional.
Cambios en los indicadores económicos.
Presupuesto institucional
Condiciones de seguridad en algunas zonas del país.
Diversidad étnica, de género, cultural y religiosa.
Presiones externas para que el Instituto entregue resultados inmediatos en los servicios que presta.
Posición de la comunidad vecina a la apertura de puntos de atención.
Conectividad entre las diferentes unidades organizacionales y puntos de atención
Seguridad informática.
Infraestructura tecnológica
Condiciones ambientales asociadas al lugar de trabajo. (riesgo climático, calidad del aire, vertimientos, humedad, ventilación)
Cambios normativos jurídicos
Diversidad de autoridades y normas de temas ambientales.
Imagen Institucional
Infraestructura para la prestación de servicios.
Sedes arrendadas o en comodato
Cobertura a nivel nacional
Condiciones ambientales en el entorno de las sedes.
Cambios en la ciencia o en las metodologías
Organización y control del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Oportunidad en la prestación del servicio
Generación de información estadística para la formulación de política pública.
Atención de desastres, pandemias y/o emergencias
Competencia del talento humano
Conocimiento técnico especializado.

- c) Se encuentra asociado el indicador No.1. Porcentaje de riesgos identificados por proceso. Con un valor calculado para el primer cuatrimestre del 75%, cuyo resultado además es coherente frente a los resultados de seguimiento para la identificación del riesgo; se extracta del monitoreo, acciones: “Para el segundo cuatrimestre de 2024 el Mapa de riesgos Vigencia 2024, se actualizará con los Riesgos de los Procesos de Gestión de Relacionamento con la Ciudadanía, Gestión Ambiental y Gestión de la Planeación Institucional. Adicional a esto, se informa que en el proceso de Gestión del Servicio Pericial no se abordó desde su perspectiva el riesgo denominado "Incumplimiento a la implementación del Sistema de Medicina Legal".

5.2 Seguimiento a los riesgos de corrupción, de gestión y seguridad de la información.

5.2.1 Análisis de la Oficina de Control Interno sobre los Riesgos de Corrupción.

Se identificaron 21 riesgos de corrupción para la vigencia 2024, sobre estos se evaluaron la totalidad de riesgos y controles y revisaron las acciones para la mitigación de estos. En donde se encontró:

1. Para la vigencia 2024, se determinó como medida de respuesta “reducir el riesgo”, se observó, además, que para el proceso de gestión financiera no se estableció al menos un riesgo de corrupción.
2. Los riesgos se encuentran diseñados y bajo la estructura sugerida por el DAFP en la mencionada guía registrada en el numeral 3 de criterios normativos, externos, de este documento.
3. Se determinaron los controles para el año 2024 y respectivo tratamiento ante desviaciones, directrices documentadas en el procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-P-022.
4. Para la vigencia 2024 fue integrado al mapa de riesgos el “control verde” (en 14 de los riesgos de corrupción), no obstante, esta clasificación y directrices sobre su aplicación, no se encuentran documentadas en la política para gestión de riesgos, como tampoco en el procedimiento para gestión de riesgos y anexos respectivos, ni en otro documento que oriente la gestión del riesgo en la entidad para garantizar la eficacia del control. En 7 de los riesgos de corrupción se determinaron acciones para abordar riesgos.
5. El mapa de calor dispuesto en el aplicativo Isolucion/ riesgos de corrupción refleja la zona de evaluación de riesgo inherente en moderado para tres de ellos (GTH20, GSST-14, GSCF-27) en tanto para esos mismos riesgos la zona de evaluación de riesgo residual solo muestra dos de ellos, como lo permite observar la figura 5.

Figura 5- Figura matriz inherente vs matriz residual del mapa de calor de riesgos de corrupción.
Fuente: tomado de aplicativo Isolución/riesgos de corrupción/mapa de calor.



6. Al verificar el riesgo GSCF-27 en el aplicativo Isolución, este no registra valoración del riesgo residual, como lo muestra la figura 6:

Figura 6- Información del riesgo GSCF-27 tomado del aplicativo Isolución/riesgos de corrupción vigencia 2024.

Calificación	5	Determinar impacto											
Evaluación		Moderado											
Medidas de respuesta		Reducir el riesgo											
Controles													
Causa	Control	Responsable						Acciones observaciones	Evidencia de la ejecución del control	Calificación Diseño	Calificación Ejecución	Calificación Seguimiento	Acciones
	Causa, Nombre	Asignación	Segregación y Autoridad	Periodicidad	Propósito	Ejecución Actual	¿Qué pasa con las observaciones o desviaciones?	Evidencia					
C1- Incumplimiento de los requisitos establecidos en los convenios para financiar proyectos de investigación relacionados principalmente con riesgo en la selección o conflicto de interés C2- Asignación de recursos para la capacitación sin cumplir con los requisitos por falta de verificación	1. Verificar por medio del comité interinstitucional, que cada vez que se realiza una convocatoria de investigación se cumpla con los requisitos establecidos y en caso de identificar la inconsistencia, se rechaza la propuesta de investigación. 2. Aplicar la encuesta de diagnóstico de necesidades de capacitación en conjunto por parte de la Escuela de Medicina Legal a la Secretaría General, los Subdirectores de Servicios Forenses, Administrativos y Financieros y de Investigación Científica para identificar las capacitaciones repetitivas para el desarrollo de competencias de los funcionarios del IMMLCF. 3. Priorizar y aprobar el PIC anualizado por parte del Comité de Formación y Capacitación con el fin de dar cobertura a las necesidades identificadas en la encuesta de necesidades.	Asignado 1. Comité Interinstitucional 2. Coordinación Escuela de Medicina Legal 3. Comité de Formación y Capacitación	Adecuada	Oportuna 1. Cada vez que se realiza una convocatoria de investigación 2. Anualmente 3. Semestralmente	Prevenir	Confiable	Se investigan y resuelven oportunamente	Correcta	Fuente	Moderado	Moderado	No, uniformidad, actualizaciones, ETC	SOL, ANIEL, ANICOLA, INARA
Valoración del riesgo													
Probabilidad de ocurrencia	0-												
Impacto	0-												
Calificación													
Evaluación													
Medidas de respuesta													
Autorización													
Plan de Contingencia													
Responsable Autoevaluación Riesgo													
Monitoreado	No												
Por que													

7. Asimismo, el mapa de calor refleja movimiento de la zona de evaluación de riesgo inherente de “extremo” a la zona de riesgo residual “alto”, posterior a la aplicación de controles, para los riesgos GITS 31 y GSF-193. La matriz de monitoreo del primer cuatrimestre del 2024, no registra lo relacionado al riesgo GITS 31.

8. En cuanto a las acciones para abordar riesgos, dispuestas en el aplicativo Isolucion, se encontró:

Tabla 3. Acciones para abordar riesgos de corrupción.

Riesgo	Acción para abordar riesgos	Observación
GITS-31	1159	De tres actividades, en dos de ellas no se registran seguimientos.
SIG-15	1150	De 2 actividades programadas, no se realizó seguimiento en el primer cuatrimestre a una de estas.
GC-1	1153	De ocho actividades en seis de las actividades a cargo de: Secretaria General, Regional Noroccidente, Regional Occidente, Regional Sur y Grupo Nacional de Gestión Contractual. No se realizaron los seguimientos en el período establecido para la evaluación de los riesgos primer cuatrimestre
GA-128	1154	De 2 actividades programadas, no se realizó seguimiento en el primer cuatrimestre a una de estas

Fuente de elaboración propia a partir de registros módulo de mejora/acciones para abordar riesgos del aplicativo Isolucion vs matriz de monitoreo de riesgos de corrupción I cuatrimestre 2024.

9. Para la vigencia 2024 se cuenta con dos indicadores:

- indicador No.2 “Disminuir la materialización de conductas asociadas a los riesgos de corrupción, que hace parte del mapa de riesgos institucionales” el cual, conforme al reporte, a la fecha no se han materializado riesgos. Sobre el particular la Oficina de Control Interno pudo constatar que la Oficina Jurídica y la Oficina de Control Interno Disciplinario se encuentran elaborando el documento “Gestión Disciplinaria” cuyo estado es borrador y pese a no estar alineado en su construcción dentro del aplicativo Isolucion, al culminar este documento, ser aprobado y proceder a su aplicación incidirá en el mapa de riesgos, cuya integración de seguro se verá reflejada para la próxima vigencia.
- Indicador No.3 “Porcentaje de actividades eficaces para mitigar el riesgo de corrupción” cuyo valor calculado es 0% a 2024-04-30, sobre las 64 actividades planeadas, según reporte de la Oficina de Planeación. Sobre este resultado no se observaron acciones

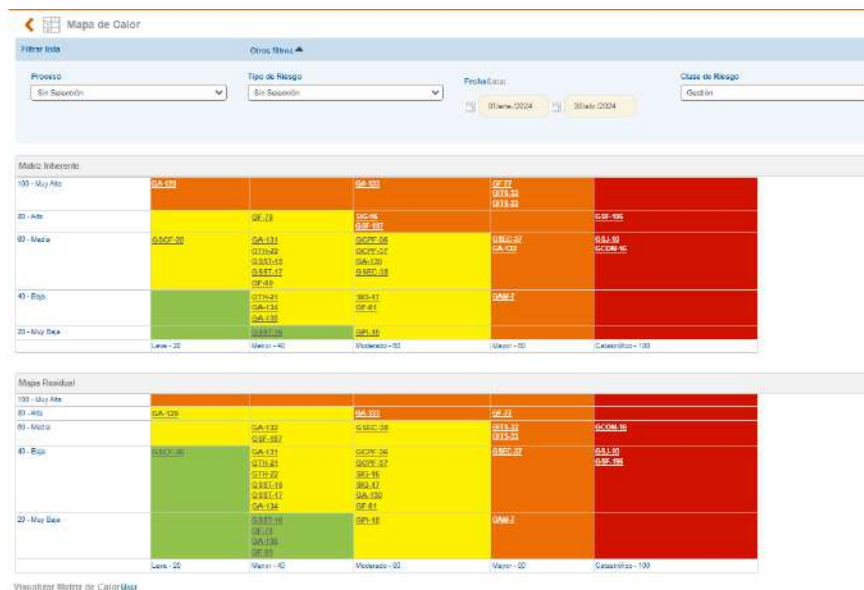
tendientes a fortalecer la consecución de la meta en los cuatrimestres posteriores de la vigencia 2024.

5.2.2 Análisis de la Oficina de Control Interno sobre Riesgos de Gestión.

Se identificaron 28 riesgos de gestión para la vigencia 2024, sobre estos se evaluaron la totalidad de riesgos y controles y revisaron las acciones para la mitigación de estos. En la matriz de monitoreo primer cuatrimestre se omitió el seguimiento al riesgo GSCF-28 asociado a la acción para abordar riesgos 1193. Se encontró:

1. En cuanto a los riesgos de gestión (28) se observa que, en 20 de ellos, la zona de evaluación del riesgo inherente y residual son iguales después de aplicar controles, en tanto en 3 (GA-129, SIG-16 Y GA132) cambia de “alto” a “moderado”, en cinco cambia de moderado a bajo (GSCF-28, GF-78, GA-135, GF-80 Y GSF-197) así se refleja en la figura 7:

Figura 7- Figura matriz inherente vs matriz residual del mapa de calor de riesgos de gestión.



Fuente: tomado de aplicativo Isolución/riesgos de corrupción/mapa de calor.

2. Se determinaron los controles para el año 2024 y respectivo tratamiento ante desviaciones, directrices documentadas en el procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-P-022.

3. Para la vigencia 2024, en los riesgos de gestión se determinó como medida de respuesta en 19 de ellos “aceptar el riesgo”; en 5 “reducir: mitigar Reducir: Transferir” y en los 3 restantes “reducir: mitigar Reducir: evitar”.
4. La definición del riesgo se encuentra diseñado bajo lineamientos sugeridos por el DAFP en la mencionada guía registrada en el numeral 3 de criterios normativos, externos, de este documento.
5. La redacción del riesgo GF-27 *“Posibilidad de efecto dañoso, en los insumos o reactivos, porque no existe control de reetiqueta posteriores a la fecha de vencimiento”* requiere sea revisada y verificar si este riesgo de gestión no corresponde a un riesgo de corrupción. La redacción actual hace entender la aceptación por parte de la entidad del uso de insumos o reactivos vencidos, se requiere tener presente lo relacionado en la Resolución 773 de 2021 “Sistema Globalmente Armonizado” en su Artículo 15. “Reetiquetado de productos químicos importados. Los productos importados podrán ser re etiquetados dentro de la bodega del importador, antes de ser usados o vendidos”.

En este mismo riesgo se precisa la revisión del control “Manejar y almacenar los reactivos e insumos empleados en los laboratorios y organismos de inspección de manera adecuada”, y acciones para dar tratamiento ante la desviación de este, de acuerdo a los atributos que debe tener un control, documentados en el SIG.

6. En cuanto a las acciones para abordar riesgos, dispuestas en el aplicativo Isolucion, se encontró que cada riesgo cuenta con una acción asociada y registrada en el aplicativo Isolucion, el 32.14% presenta debilidades en el seguimiento y uno de ellos requiere sea revisada la redacción y el del control. Se encuentra, además:

Tabla 4. Acciones para abordar riesgos de gestión.

Riesgo	Acción para abordar riesgos	Observación
GSF-196	1166	De 20 actividades no se le realizó el seguimiento a 7 actividades.
GA-132	1176	A las tres actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre.
GA-132	1182	De 2 actividades, no se realizó seguimiento en primer cuatrimestre a 1 actividad.
GF-77	1183	A las cuatro actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre. Se requiere revisar la redacción del riesgo y del control.
GF-78	1185	De las 14 actividades no se les ha realizado seguimiento a 4 de ellas durante el 1er cuatrimestre.
GITS-32	1186	A las dos actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre.
GITS-33	1191	A las dos actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre.
GA-135	1190	A las dos actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre.
GSF-197	1187	A las tres actividades no se les realizó seguimiento durante el 1er cuatrimestre.

Fuente de elaboración propia a partir de los registros en el módulo de mejora/acciones para abordar riesgos del aplicativo Isolucion vs matriz de monitoreo de riesgos de gestión I cuatrimestre 2024.

Para este numeral se encuentra un indicador No. 4 Porcentaje de Actividades Eficaces. En donde se reporta un valor calculado del 9.87% para el primer cuatrimestre del 2024.

5.3 Aplicación de las recomendaciones aportadas al culminar la vigencia 2023.

Para el primer cuatrimestre del 2024 se verificó la aplicación de las recomendaciones realizadas en el seguimiento a cierre de la vigencia 2023, así:

- a) La Política de gestión de Riesgo emitida a través de la Resolución No.001142 del 29 de

diciembre 2022, continua pendiente por parte de la Oficina de Planeación presentar el estado de los riesgos institucionales de la vigencia 2023 al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno a fin de establecer los lineamientos requeridos que permitan cumplir los objetivos de la Política.

b) Procedimiento de gestión de riesgos en lo relacionado a:

1. La descripción del riesgo: Se mantiene. No obstante, se pudo constatar la existencia del registro del procedimiento versión 9 en el aplicativo Isolución / listado maestro de documentos/manejo de documentos, a cargo de control de documentos, pero no se evidencia flujo de información documental, como lo muestra la siguiente figura.

Figura 8-Ficha del riesgo DAFP – Seguridad de la Información número GITS-28. Tomado del aplicativo Isolucion.

Activo	Estado del Documento	Usuario Responsable	Fecha	Fecha Actualización	Permisos de Edición	Permisos de Consulta	Plantilla	Valor previo	Nombre	Versión	Código	Autor	Proceso	Comentarios
☒			12/jan/2019	24/may/2024			ASG-Inactiva		ANEXO C - MODELO INFORME MAPA INSTITUCIONAL RIESGOS			ANGELICA MARIA CHICA BADEL		
☒	Aprobado	MARTIN EMBLIO SEPULVEDA CELIS	06/feb/2024	07/mar/2024			Anexo		CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR RIESGOS FISCALES v2	1	DG-E-P-022-AX-005	RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS	Administración del SIG	
☒	Aprobado	MARTIN EMBLIO SEPULVEDA CELIS	10/mar/2023	06/mar/2024			Formato		INFORME DE RIESGOS INSTITUCIONALES v8	8	DG-E-P-022-F-002	RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS	Administración del SIG	
☒	Aprobado	MARTIN EMBLIO SEPULVEDA CELIS	10/mar/2023	04/mar/2024			Anexo		ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y SUBSANCION DEL CONTROL v3	1	DG-E-P-023-AX-004	RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS	Administración del SIG	
☒	Aprobado	MARTIN EMBLIO SEPULVEDA CELIS	20/dic/2021	04/mar/2024			Anexo		MANUAL PARA EL REGISTRO DE RIESGOS DE CORUPCIÓN v3	3	DG-E-P-023-AX-001	RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS	Administración del SIG	
☒	Borrador		04/feb/2024	07/feb/2024			Procedimiento 2018		SELECCIÓN DE RIESGOS v3	1	DG-E-P-022	RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS	Administración del SIG	

2. Seguimiento de controles: Se mantiene, no se cuenta con la actualización del procedimiento.

c) Cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo.

1. En lo relacionado con el artículo 2 Objetivos de la Política: se mantiene, no se evidencian acciones sobre el establecimiento de acciones de mejora.
2. En lo relacionado con el artículo 13 Consolidado del mapa de riesgos, observación 2: Continua pendiente para la presentación ante el Comité de Control Interno.
3. En lo relacionado con el artículo 16 Actualización del Mapa de Riesgos: Observación La Oficina Jurídica y la Oficina de Control Interno Disciplinario, se encuentran elaborando el documento “Gestión disciplinaria”, el cual se encuentra en estado borrador.

d) Cumplimiento de las actividades contempladas en el procedimiento de Gestión de riesgos. Con relación a:

1. Informe de la matriz de monitoreo de los riesgos reportados del tercer cuatrimestre, observación 1. Lo relacionado a la matriz de monitoreo del III cuatrimestre de la vigencia 2023 fue subsanado. Pero se repite la misma situación para la vigencia 2024, debido que a la fecha (2024-05-31) no se encuentra publicada la matriz de

monitoreo mapa institucional de riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información I cuatrimestre 2024, como se permite observar en la siguiente figura:

Figura 9- Módulo de Riesgos, Sección Transparencia del portal institucional. Fuente: imagen tomada de la URL <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos>.



- e) Respecto al glosario de la gestión de riesgo: se mantiene la observación 2 para la vigencia 2024.
- f) Identificación, análisis y valoración de riesgos: se mantiene la observación 3, es compatible con lo registrado en el numeral 5.1 Contexto de la Entidad, literal b y figuras 3 y 4 de este documento.
- g) Estado de riesgos materializados durante la vigencia 2023 con corte a 31 de diciembre de 2023. Observación 1, se encuentra pendiente de ser presentado ante el Comité de Control Interno.
- h) Trazabilidad de las no conformidades asociadas a riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información. Se aclara para el informe de la vigencia 2024 que el término de no conformidad corresponde a la clasificación en el aplicativo Isolución “acciones para abordar riesgos”. Continúa abierta con un 33% de avance a la fecha.

Figura 10- Acción para abordar riesgos No. 1073 de fecha 2024.09.23.

Página 1 de 1															
Número de resultados: (1)															
Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Solicitante	Solicitado a	Auditor	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Respaldo Producto	Respaldo que se requiere Monitoreo y Muestreo	Unidad Organizacional	Acción Eficaz	Acción Correctiva	% Avance
1073	Acción	En proceso	Acción creada desde valoración del riesgo DAFI-GIS-27 "Protección de datos, seguridad y privacidad de la información contenida en los sistemas de información al cual puede ser utilizado para beneficio propio o de terceros"	CAROLINA VELAZA CASTILLO	CAROLINA VELAZA CASTILLO		Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	09/23/2024				Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo	NO	SI	33.333%
			Gestiones ante la alta dirección propuesta para la separación de las responsabilidades y competencias de los funcionarios que gestionan las aplicaciones con:												33.3333%

Fuente: Tomada de aplicativo Isolucion /mejora/acciones para abordar riesgos.

No se evidencia para el primer cuatrimestre del 2024, se hayan tomado acciones sobre lo reportado en el informe de seguimiento a la gestión del riesgo con corte a 31 de diciembre de 2023, del numeral 5.6.2, literales a, b y c.

6. CONCLUSIONES

Fue posible para la tercera línea de defensa dar cumplimiento a los objetivos trazados para el presente período de seguimiento. En ese sentido y tras el análisis de los resultados obtenidos se concluye:

- 1) Debilidades en el cumplimiento de los criterios normativos asociados a la gestión del riesgo con corte a 30 de abril de 2024, debido a que durante el primer cuatrimestre no se identificaron riesgos asociados a la seguridad de la información, como tampoco a los procesos de Gestión de la Planeación Institucional, Gestión Ambiental y Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía, y para el proceso de gestión financiera solo se identificaron riesgos de gestión.
- 2) Se encuentran debilidades en el seguimiento a las acciones asociadas a los riesgos, debido a que el 19% de los riesgos de corrupción presentan novedad, como se describió en la tabla 3 del presente documento. Y en los riesgos de gestión el 32.14% presentan novedad, como lo relaciona la tabla 4 de este documento.
- 3) Para el primer cuatrimestre de la vigencia 2024 la entidad ha establecido los controles para dar tratamiento a los riesgos; fue integrado al mapa de riesgos el “control verde” (en 14 del riesgo de corrupción), no obstante, esta clasificación y directrices sobre su aplicación, no se encuentran documentadas en los documentos que orientan la gestión del riesgo en la entidad para garantizar la eficacia del control.
- 4) Al primer cuatrimestre del 2024, en el mapa de riesgos no se han identificado riesgos fiscales, como lo establece la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. v6 – 2022, página 66 a 82.
- 5) Durante el primer cuatrimestre del año 2024, no se ha presentado la materialización de riesgos conforme a los reportes allegados y revisados por la Oficina de Control Interno.
- 6) No se han atendido la totalidad de las recomendaciones contenidas en el informe de seguimiento a la gestión de riesgos, a cierre de la vigencia 2023.
- 7) El Riesgo GSCF-28 a cargo del proceso de Gestión del conocimiento no fue objeto de monitoreo para el primer cuatrimestre del 2024.
- 8) El control será más efectivo en la medida que se disminuya la probabilidad de ocurrencia (número de veces), en este sentido se requiere sean revisadas las evidencias, por parte de la primera y segunda línea de defensa, asociadas a cada control en cuanto a su capacidad de reducir la probabilidad.
- 9) El enfoque de la gestión del riesgo en la Entidad es el adecuado, no obstante, por contar con mecanismos muy dinámicos, se debe en cada periodo analizar los resultados obtenidos y

redireccionar las estrategias, en la medida que sea posible, para la consecución de los objetivos estratégicos.

- 10) Los resultados del presente informe fueron socializados a la Oficina de Planeación el día 2024-06-05.

7. RECOMENDACIONES

Dar cumplimiento a las observaciones presentadas en el presente informe para mantener un grado eficaz en la gestión del riesgo.

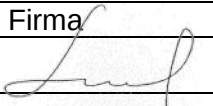
Anexo: Dos archivos electrónicos en Excel con Matrices de monitoreo y seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción y de gestión, 1er cuatrimestre 2024.

Cordialmente,



NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Lucila Sicachá – Profesional Especializado Forenses-Oficina de Control Interno		2024-05-31
Revisó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2024-05-31
Aprobó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2024-05-31

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.