



**INFORME EJECUTIVO
DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS
TERCER CUATRIMESTRE 2024**

IL-07-2025

**PERIODO
SEPTIEMBRE 01 A DICIEMBRE 31 DE 2024**

**10 DE MARZO DE 2025
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	5
2.	ALCANCE	5
3.	MARCO NORMATIVO.....	5
4.	METODOLOGÍA	6
5.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2024- TERCER CUATRIMESTRE.....	7
6.	INDICADORES.....	24
7.	CONCLUSIONES.....	25
1.	RECOMENDACIONES.....	27

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Observaciones frente a los riesgos de corrupción III cuatrimestre 2024. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno a partir de la revisión de fuentes de información referenciadas en la metodología.8

Tabla 2. Resultados de seguimiento de Riesgos de gestión vigencia 2024, relación del proceso vs riesgos vs acción para abordar riesgos. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.14

Tabla 3. Control de cambios a tercer cuatrimestre de 2024- Riesgos de gestión. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.15

Tabla 4. Comportamiento de los riesgos de gestión del proceso de servicio pericial a cierre del año 2024. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.22

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 4 de 27	

INTRODUCCIÓN

La gestión de riesgos es uno de los pilares en toda entidad pública que permite garantizar la continuidad operacional, protección de activos, cumplimiento normativo legal y reglamentario, y responder a los objetivos estratégicos definidos.

Es así como en cumplimiento a lo dispuesto por en la 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”, lo definido en el Decreto 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”, el cual, contempla en su artículo 2.2.21.5.3., que “(...) *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. (...)*”¹ y en atención a las actividades definidas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS) vigencia 2025, se elaboró el presente informe de evaluación y seguimiento a la Gestión del Riesgo (gestión, corrupción, seguridad y privacidad de la información, fiscal), validando las acciones implementadas para su tratamiento y monitoreo para el tercer cuatrimestre del 2024 y el análisis correspondiente a cierre de vigencia, generando recomendaciones y conclusiones que permitan la mejora continua para una adecuada toma de decisiones.

¹ Decreto 1083 de 2015. Artículo 2.2.21.5.3 De las oficinas de control interno.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 5 de 27	

1. OBJETIVO

Verificar la gestión y cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos Institucionales en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

1.1 Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo para el tercer cuatrimestre, con corte al 31 de diciembre de 2024.
- Revisar los riesgos materializados durante el tercer cuatrimestre de 2024 y las acciones tomadas para su mitigación.
- Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas en informes anteriores.
- Verificar el comportamiento de los riesgos, efectividad de controles y acciones establecidas para mitigación al cierre de vigencia.

2. ALCANCE

La evaluación y el seguimiento tiene alcance a los riesgos de gestión, de corrupción, fiscales, seguridad y privacidad de la información, 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 tercer cuatrimestre del 2024 y cierre de vigencia.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 Marco normativo externo

- 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", Artículo 2- Objetivos del Sistema de Control Interno.
- 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 2195 de 2022 "Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones", en los ítems que apliquen.
- Decreto 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el 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.
- Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3 - Roles de la Oficina de Control Interno.
- Decreto 1499 de 2017. Capítulo 2 - Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.
- Decreto 1122 de 2024. Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los programas de Transparencia y Ética Pública. Artículo 2.1.4.4.1.1 Ámbito de aplicación. Parágrafo 1.
- Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional
- Resolución 1519 de 2020 – Mintics "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 6 de 27	

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.

- j. Guía rol de las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces. v3 - 2023.
- k. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 - 2022.
- l. Norma NTC – ISO 27001. Sistema de gestión de seguridad de la información, en los ítems aplicables a la gestión de riesgos.

3.2 Marco normativo interno

- a. Resolución 00031 de 2025-01-16 “Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión”.
- b. 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”.
- c. Resolución No. 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.
- d. Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.
- e. Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG- versión 6 – diciembre 2024 - Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno.

4. METODOLOGÍA

En ejercicio de los roles configurados por la Ley, la Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, comunica a la alta dirección información relevante relacionada con la evaluación de la gestión de los riesgos en la Entidad para el período del tercer cuatrimestre del 2024 con corte al 31 de diciembre de 2024 y resultados de cierre de vigencia, con base a la revisión y análisis, entre otros de la documentación que a continuación se detalla:

De la información solicitada mediante Oficio No. 086-OFCI-DG-2024 de fecha 2024-12-24, para elaborar informe de seguimiento de los riesgos institucionales – tercer cuatrimestre de 2024, a saber:

4.1 Matriz de riesgos institucionales:

- a. Matriz de riesgos institucionales con corte a 31 de diciembre de 2024: Recibida
- b. Matriz de monitoreo de riesgos de seguridad de la información con corte a 31 de diciembre de 2024: No fue allegada.
- c. Matriz de monitoreo de riesgos de gestión con corte a 31 de diciembre de 2024: Recibida.
- d. Matriz de monitoreo de riesgos de corrupción con corte a 31 de diciembre de 2024: Recibida.

4.2 Informes:

- a. Informe de Monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información (Procedimiento DG-E-P-022, actividad 7 tarea 1): No fue remitido.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 7 de 27	

- b. Informe de posibles Riesgos Materializados (Procedimiento DG-E-P-022, actividad 7 tarea 3): Información recibida
- c. Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Gestión (Procedimiento DG-E-P-022- Gestión de Riesgos. Actividad 8 tarea 2): No fue enviado por la segunda línea de defensa.
- d. Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Seguridad de la Información (Procedimiento DG-E-P-022- Gestión de Riesgos. Actividad 8 tarea 2): No fue enviado por la segunda línea de defensa, de acuerdo con lo mencionado en el numeral “a” de la presente lista.

4.3 Indicadores:

Estado de indicadores conforme lo establecido en la Política de Gestión de Riesgo, según Resolución No. 1142 de 2022 párrafo del artículo 2-Objetivos, adjuntando las evidencias fuente para su resultado: Recibido

4.4 Información adicional, se solicitó informar:

- a. Si durante el período, en algún caso, se ha transferido o compartido el riesgo a fin de llevar alguno de los riesgos a un nivel aceptable, en caso de ser así, favor indicar cuál y remitir las evidencias de soporte correspondientes: Fue informado por la segunda línea de defensa.
- b. Se indique la fecha de publicación de la matriz de riesgos modificada (si aplica) y envíe la evidencia respectiva: Fue informado por la segunda línea de defensa.
- c. Reporte del nivel de avance sobre la implementación de las recomendaciones realizadas en el informe de seguimiento a los riesgos del tercer cuatrimestre del año 2024, pendientes, en caso de considerarlas viables para la implementación: informado por la Oficina de Planeación sobre las recomendaciones acogidas.

Para el tercer cuatrimestre se revisaron otras fuentes que aportan a la identificación, evaluación y valoración de riesgos en los distintos procesos de la entidad como lo son: los informes de auditoría, los informes de Ley, políticas de la entidad e informes de entes de control, entre otros.

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

Para el seguimiento a la Gestión de los Riesgos en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2024, se realizó el análisis al “Mapa de Riesgos Institucional” remitido por la Oficina de Planeación, en el que se observó que para la vigencia 2024 existen tres versiones del mapa, encontrando que al tercer cuatrimestre se definieron sesenta y cinco (65) riesgos, 21 riesgos de corrupción y 44 riesgos de gestión.

5.1 Riesgos de corrupción.

Del resultado de la revisión y análisis, se observó lo siguiente:

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 8 de 27	

Atendiendo lo definido en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, página 86, párrafo 4, inciso 2, con relación al seguimiento a los riesgos de corrupción, se procedió a analizar las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción, de lo cual, se logró establecer que para la vigencia 2024 se identificaron 21 riesgos asociados a 12 procesos, pero existen otros procesos sensibles a los cuales no se les ha identificado riesgos de corrupción, para la vigencia en mención, como lo son: Gestión Financiera; Gestión ambiental; Gestión de relacionamiento con la ciudadanía; Gestión de la Planeación Institucional.

Los riesgos “GA-128, GCPF-33, GCPF-34 y GCPF-35”, antes y después de aplicados los controles se ubicaron en la zona de riesgo extrema, con una probabilidad de ocurrencia de “rara vez”, con una calificación de 20 puntos.

El riesgo “GSF-189”, después de aplicados los controles, paso de posibilidad de ocurrencia rara vez a improbable, manteniéndose en la zona de riesgo extrema.

Los riesgos “GSEC-35; GSF-191; GC-1; GCOM-15 y GSEC-36”, una vez evaluados los controles, pasaron a tener una posibilidad de ocurrencia posible a improbable, reduciendo la calificación de 60 a 40, sin embargo, continúan en la zona de riesgo extrema.

De igual manera, los riesgos identificados con los números “GSF-190; GSF-192; GSF-194; GSF-195 y GSJ-9”, disminuyeron la posibilidad de ocurrencia de probable a posible, continuando en la zona de riesgo extrema.

El riesgo “SIG-15 Posibilidad de que por acción u omisión se realice acompañamiento, asesoría o auditorías internas, dando orientaciones o generando conclusiones por fuera del marco del SIG o de la evidencia objetiva recolectada para beneficio propio o de un tercero”, antes y después de aplicados los controles se ubicó en la zona de riesgo alta con una probabilidad de ocurrencia de “rara vez”.

Una vez evaluados los controles, los riesgos “GSF-193 y GITS-31”, disminuyeron la posibilidad de ocurrencia de posible a improbable, cambiando de una zona de riesgo “extrema – zona roja” a “alta – zona naranja”, disminuyendo su calificación de probabilidad e impacto de 30 a 20.

Con relación a los riesgos “GSST-14, GTH-20 y GSCF-27” se encuentran en la zona de riesgo “moderada”, con la menor probabilidad de ocurrencia “rara vez”.

A continuación, se registran las observaciones del seguimiento realizado frente a cada riesgo, causas y no conformidades potenciales o acciones para abordar riesgos definidas, así:

Tabla 1. Observaciones frente a los riesgos de corrupción III cuatrimestre 2024. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno a partir de la revisión de fuentes de información referenciadas en la metodología.

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
GA-128	1154	Posibilidad de que por acción u omisión, se pierdan elementos bajo custodia del Grupo Nacional de Gestión de Bienes e	Actividades con observaciones.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS
TERCER CUATRIMESTRE 2024**

Página 9 de 27

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		Inventarios, para beneficio propio o de un tercero.	Determinar la causa de las diferencias registradas y adelantar las acciones correctivas necesarias para subsanar esta novedad, así como fortalecer los controles para prevenir su repetición.
GSF-189	1132	Posibilidad de que por omisión no se declaren uno o varios conflictos de interés conforme a lo señalado en el Artículo 11 de la Ley No. 1437 de 2011, con el fin de favorecer los intereses propios o de terceros.	Actividades con observaciones. Se identificaron posibles debilidades frente a la calificación de la eficacia de las acciones establecidas de cara a lo definido en el glosario disponible en Isolución: <i>“(3.26) grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados”</i> .
GSEC-35	1131	Posibilidad de recibir o solicitar beneficios a nombre propio o de terceros, en razón de las decisiones disciplinarias que se profieran.	Acción cumplida sin observaciones.
GSF-191	1136 1137 1138 1139 1140	Posibilidad de acción u omisión para la retención, pérdida, alteración o generación no autorizada de un informe o dictamen pericial para beneficio propio o de un tercero.	Presenta hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo. Se observa en la fase de seguimiento que, los controles identificados podrían no estar siendo efectivos para mitigar las causas o fallas que pueden dar lugar a la materialización del riesgo. Se sugiere establecer actividades de control para atacar las causas del riesgo y evitar, en lo posible, la repetición de hallazgos o la materialización de los riesgos.
GC-1	1153	Posibilidad de que se presente deficiencia en el seguimiento, control y vigilancia supervisión, control y vigilancia de los contratos celebrados por el Instituto, para beneficio propio o favorecimiento de un tercero	Acción cumplida sin observaciones.
GSF-190	1133 1134 1135	Posibilidad de que por acción u omisión, se cambie, pierda o altere un EMP para beneficio propio o de un tercero.	Reporte de materialización por parte del líder del proceso. Hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS
TERCER CUATRIMESTRE 2024**

Página 10 de 27

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
			En la fase de seguimiento se observó que los controles identificados podrían no estar siendo efectivos para mitigar las causas o fallas que pueden dar lugar a la materialización del riesgo. En este sentido, se sugiere establecer actividades de control para atacar las causas del riesgo y evitar, en lo posible, la repetición de hallazgos o la materialización de los riesgos.
GSF-192	1141 1142 1143	Posibilidad de que por acción u omisión, se pierda o use de manera indebida el papel de seguridad empleado en los dictámenes de estado grave por enfermedad para beneficio propio o de un tercero.	Se presentan hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo. Como resultado de la fase de seguimiento, se observó que los controles identificados podrían no estar siendo efectivos para mitigar las causas o fallas que pueden dar lugar a la materialización del riesgo. Por lo anterior, se sugiere establecer actividades de control para atacar las causas del riesgo y evitar, en lo posible, la repetición de hallazgos o la materialización de los riesgos.
GSF-194	1145	Posibilidad de recibir dinero o dádivas para el trámite de alguno de los servicios misionales prestados por el INMLCF, para beneficio propio o de un tercero	Acción cumplida sin observaciones.
GSF-195	1146	Posibilidad de entregar información confidencial o sujeta a reserva, para beneficio propio o de un tercero	Acción cumplida sin observaciones.
GSF-193	1144	Posibilidad de presión, influencia indebida y recepción de dádivas para alterar la gestión de las solicitudes, para beneficio propio o de un tercero.	Actividades con observaciones. Se evidencian debilidades frente al rol de la primera línea de defensa con relación al establecimiento de actividades de control orientadas a

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 11 de 27

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
			prevenir y detectar la materialización de los riesgos². Por lo anterior, se sugiere sensibilizar a los diferentes niveles sobre su responsabilidad frente a la adecuada administración de riesgos.
GITS-31	1159	Posibilidad de entregar, manipular o alterar la información contenida en los sistemas de información el cual puede ser utilizado para beneficio propio o a un tercero.	Actividades con observaciones. Como resultado de la fase de seguimiento, se identificaron brechas de cumplimiento de las actividades planificadas, denotando falencias en el seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones, incumpliendo lo establecido en el procedimiento DG-C-P-014 “<i>Gestión de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora</i>” y sus anexos.
GTH-20	1160	Posibilidad de utilización indebida de la información y registros contenidos en las historias laborales de los servidores públicos del INMLCF, para beneficio propio o de terceros	Hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo. En la fase de seguimiento, se identificó posibles falencias en los controles, específicamente frente a la periodicidad de los soportes y la verificación del cumplimiento de los préstamos de los expedientes.
GSST-14	1161	Posibilidad de pérdida de información o de la historia clínica laboral para beneficio propio o de un tercero.	Hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo. En la fase de seguimiento se identificó posibles debilidades en los controles. Por lo anterior, se sugiere analizar si existen otras causas de riesgo con el propósito de establecer controles o fortalecer los existentes y evitar, en lo posible, la repetición de hallazgos o la materialización del riesgo.

² Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, página 92 “Tratamiento del riesgo – rol de la primera línea de defensa”.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 12 de 27

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
GCOM-15	1130	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de terceros, por la pérdida de la integridad de la información publicada, a través de los canales de comunicación.	Acción cumplida sin observaciones.
GCPF-33	1147	Posibilidad que por omisión no se declaren uno o varios conflictos de interés en la selección, evaluación y decisión en la certificación de peritos forenses conforme a lo señalado en el Artículo 11 de la Ley No. 1437 de 2011, con el fin de favorecer los intereses propios o de terceros.	Acción cumplida sin observaciones.
GCPF-34	1148	Posibilidad que por acción u omisión, se presente fuga de la información confidencial del Proceso de Certificación de Peritos Forenses, para beneficio propio o de un tercero	Acción cumplida sin observaciones.
GCPF-35	1148	Posibilidad de que por presión o influencia indebida (interna o externa) se favorezca a uno o varios peritos que aspiren o participen en el proceso de certificación de peritos forenses, para beneficio propio o de un tercero.	Acción cumplida sin observaciones.
GSCF-27	1175	Posibilidad de asignar recursos a proyectos de investigación científica o capacitación para beneficio propio o de un tercero de los recursos del proyecto de inversión Fortalecimiento del Conocimiento Científico en el INMLCF	Acción cumplida sin observaciones.
GSEC-36	1151	Posibilidad de elaborar informes de Ley y de auditorías internas del Sistema de Control Interno que no aseguren la veracidad o completitud de los mismos debido a la omisión de información o alteración de los resultados para beneficio propio o de terceros.	Acción cumplida sin observaciones.
GSJ-9	1152	RC-Posibilidad de recibir o solicitar durante las actuaciones beneficios a nombre propio o de terceros.	Hallazgos posiblemente relacionados con las causas o el riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 13 de 27

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
			Durante la fase de seguimiento se identificó hallazgos posiblemente relacionados con las causas del riesgo. Se sugiere realizar un ejercicio detallado de identificación de causas.
SIG-15	1150	Posibilidad de que por acción u omisión se realice acompañamiento, asesoría o auditorías internas, dando orientaciones o generando conclusiones por fuera del marco del SIG o de la evidencia objetiva recolectada para beneficio propio o de un tercero.	Acción cumplida sin observaciones.

De la verificación del desempeño de los riesgos de corrupción relacionados en la tabla anterior, se pudo establecer que:

- 1) 11 riesgos no registraron observaciones frente al cumplimiento de sus acciones, las cuales, se encuentran cerradas y calificadas como eficaces.
- 2) Frente a seis (06) riesgos existen hallazgos posiblemente relacionados con resultados de auditorías internas y auditorías externas, para lo cual, se sugiere analizar si existen otras posibles causas de riesgo, con el propósito de establecer controles o fortalecer los existentes, previniendo la identificación de hallazgos o la materialización de riesgos.
- 3) A cinco (05) riesgos se le identificaron observaciones frente al cumplimiento de sus acciones, por lo cual, se sugiere atender las recomendaciones que en cada caso corresponda. Adicional a lo anterior, es preciso atender los lineamientos institucionales para la evaluación de la eficacia contenidos en el procedimiento DG-C-P-014 y sus anexos.
- 4) Del registro de materialización del riesgo GSF-190 se sugiere adelantar de manera prioritaria el análisis de causas, la definición de acciones y la notificación correspondiente a los responsables de la ejecución, dando cumplimiento al deber dar tratamiento a la eliminación de la o las causas que generaron la no conformidad, atendiendo el procedimiento definido por el Instituto para tal fin.
- 5) De otro lado, revisadas la ficha técnica del riesgo número GSJ-9 y las actividades definidas dentro de la no conformidad potencial No. 1152, se pudo establecer que no se atendieron las recomendaciones contenidas en el informe de seguimiento a riesgos de gestión y corrupción del segundo cuatrimestre del 2024.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 14 de 27

5.2. Riesgos de Gestión.

Tabla 2. Resultados de seguimiento de Riesgos de gestión vigencia 2024, relación del proceso vs riesgos vs acción para abordar riesgos. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.

Proceso	Riesgo No.	Acción para abordar riesgos
Administración del SIG	SIG-16	1168
	SIG-17	1170
Gestión Administrativa	GA-129	1167
	GA-130	1172
	GA-131	1173
	GA-132	1176
	GA-133	1182
	GA-134	1184
	GA-135	1190
	GA-136	1195
	GA-137	1196 Derivó en una acción correctiva # 3251
	GA-138	1197 Derivó en una acción correctiva # 3252
	GA-139	1199
	GA-140	1203
	GA-141	1206
Certificación de peritos forenses	GCPF-36	1162
	GCPF-37	1163
Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	GITS-32	1186
	GITS-33	1191
Gestión de la Comunicación	GCOM-16	1192
Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	GSST-15	1179
	GSST-16	1180
	GSST-17	1181
Gestión del Sistema de Evaluación y Control	GSEC-37	1164
	GSEC-38	1174
Gestión del Talento Humano	GTH-21	1177
	GTH-22	1178
	GF-77	1183

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 15 de 27

Proceso	Riesgo No.	Acción para abordar riesgos
Gestión Financiera	GF-78	1185
	GF-80	1189
	GF-81	1185
Gestión y Soporte Jurídico	GSJ-10	1165
Gestión del Conocimiento Científico Forense	GSCF-28	1193
Gestión Ambiental	GAM-7	1194 1211
Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía.	GRC-10	1207
Gestión del Servicio Pericial	GSF-196	1166
	GSF-197	1187
	GSF-198	1198
	GSF-199	1200
	GSF-200	1204
	GSF-201	1205
Gestión de la Planeación Institucional.	GPI-14	1212
	GPI-15	1213
	GPI-16	1214

Para el tercer cuatrimestre de medición se reportó por parte de la Oficina de Planeación, la adición de 3 riesgos de gestión a cargo del proceso de gestión de la planeación institucional, como lo muestra la siguiente imagen, de la segunda versión del mapa de riesgos vigencia 2024:

Tabla 3. Control de cambios a tercer cuatrimestre de 2024- Riesgos de gestión. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.

Tipo	Código	Proceso	Alcance
Gestión	GPI-14	Gestión de la Planeación Institucional	Nacional
Gestión	GPI-15	Gestión de la Planeación Institucional	Unidades Organizacionales - Líderes de Proyectos
Gestión	GPI-16	Gestión de la Planeación Institucional	Unidades Organizacionales - Líderes de Proyectos

Verificados los riesgos de gestión, acciones asociadas para abordar riesgos y demás elementos de entrada, se encuentra en la gestión de riesgos por cada proceso al tercer cuatrimestre de 2024, lo siguiente:

1) Administración del Sistema Integrado de Gestión:

Para la vigencia se identificaron dos riesgos: *SIG-16* y *SIG-17*, gestionados a través de las acciones para abordar riesgos #1168 y #1170. Acciones cumplidas sin observaciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 16 de 27

No obstante, lo anterior, se observó una incidencia de este proceso hacia el de Planeación Institucional, a partir de lo registrado en el hallazgo #5 de la auditoría AI-SCI-05-2024. Este no se incorporó al mapa de riesgos para el último cuatrimestre del 2024, como tampoco se generaron acciones tendientes a darle tratamiento de manera articulada con la gestión de riesgos.

2) Gestión Administrativa:

El proceso cuenta con 13 riesgos identificados a cierre de la vigencia, de los cuales presentan novedades como a continuación se detalla:

- GA-131. *“Posibilidad de afectación reputacional por dificultades en el desarrollo de los procesos institucionales debido a la inoportunidad o falta de mantenimiento preventivo de equipos y/o infraestructura en la Regional Norte”*. La segunda línea reporta como eficaz, no obstante al verificar información contenida en otras fuentes, se observa la necesidad de revisar la posibilidad de transversalizar este riesgo a las demás Regionales, cuando aplique, considerando además ampliar el establecimiento de controles.
- GA-135. *“ Posibilidad de atraso en el desarrollo de los proyectos de infraestructura por incremento en los tiempos en la estructuración de procesos y estudios previos para adelantar la etapa contractual”*. Se requiere revisar el riesgo considerando la cobertura a todo el proceso, así como la determinación de controles.
- GA-137. *“Posibilidad de afectación reputacional por la emisión de certificados de control metrológico con información que no corresponda con lo requerido por el cliente y por la normatividad, debido a errores humanos en el registro de la información”*, se reporta la materialización del riesgo, por parte de la Subdirección de Servicios Forenses según lo informado por la Oficina de Planeación en oficio No. 00002-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-01-13.
- Se reporta, por parte del líder del proceso según lo informado por la Oficina de Planeación en oficio No. 00002-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-01-13, la materialización del riesgo GA-138 *“ Posibilidad de afectación reputacional por afectación en la validez de los resultados de calibración de los equipos, debido al uso de equipos o métodos inapropiados o no contemplar contribuciones significativas a la incertidumbre”*, con tratamiento a través de la acción para abordar riesgos No. 1197, cuyo resultado fue ineficaz conforme lo detalla la evaluación realizada por parte de ente acreditador derivando en la acción correctiva # 3252, esta acción correctiva se gestionó y fue cerrada como eficaz, no obstante se recomienda fortalecer el control asociado para evitar nuevamente su ocurrencia.
- Practicada la auditoría interna AI-SIG-02-2024 al proceso de Gestión Administrativa con alcance al servicio de metrología, se evidencia que el hallazgo #2 no está asociado directamente al requisito sobre acciones para abordar riesgos de la norma técnica auditada, pero se relaciona con los controles establecidos por el proceso en el tratamiento del riesgo conforme a la ficha de este, dispuesta en Isolución, es decir evidencia que los siguientes controles no son efectivos.
- Revisado el Riesgo GA-139 *“Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la ejecución presupuestal en procesos contractuales y asignaciones a nivel nacional para la Subdirección de*

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 17 de 27	

Servicios Forenses, debido a la falta de seguimiento en la ejecución presupuestal”, frente a otras fuentes de información, se observa que fueron reportadas bajas ejecuciones en el informe de seguimiento a la ejecución presupuestal IL-05-2024 de julio a septiembre de 2024. Para el período de verificación de octubre a diciembre de 2024, del mismo informe de seguimiento, se presenta una situación similar evidenciado en Proyectos de inversión que pertenecen a la categoría “Efectividad de la investigación penal y técnico científica” y categoría “Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector Fiscalía”.

Por lo anteriormente señalado, resulta conveniente se revisen los controles, la evaluación del riesgo en cada una de sus etapas y se realicen los ajustes a que haya lugar.

7. Verificado el Riesgo GA-141 *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por inoportunidad en la contratación de mantenimiento de los equipos, debido a la tercerización de los mantenimientos que genera procesos administrativos demandante de tiempo”*, frente a otras fuentes de información, se observa reporte a partir del informe de la Contraloría General de la República. Se requiere revisar y fortalecer los controles si amerita con base entre otros a los hallazgos de Contraloría.

3) Gestión Ambiental:

Aún cuando se determinó el cierre de la acción para abordar riesgos y se dio nuevo tratamiento con la acción #1211, se evidencia que este riesgo probablemente se materializó, debido entre otros, a que existe una afectación reputacional ante un grupo de interés y/o parte interesada “Contraloría General de la República”. Como resultante se obtiene además la ineffectividad de controles asociados; por lo que se debe revisar y establecer las medidas necesarias, fortalecer controles a lo largo del desarrollo del proceso, así como de tipo preventivo enfocado a roles operacionales del proceso.

4) Gestión certificación de peritos.

Para la vigencia se identificaron dos riesgos: GCPF-36 y GCPF-37, gestionados a través de las acciones para abordar riesgos #1162 y #1163; lo riesgos presentan variación en la frecuencia, el riesgo inherente se evaluó “media” y el residual “baja”, manteniéndose el impacto en “moderado”. Acciones cumplidas sin observaciones.

5) Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos.

El 2 de diciembre mediante Resolución 000976 de 2024, se actualizó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información con el fin de fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. Se evidencia que el proceso aún no ha identificado todos los riesgos asociados al proceso conforme a los lineamientos establecidos en la NTC-ISO27001, lo proferido por MINTICs y compromisos de la Política institucional sobre la materia, aspecto que ha sido reiterativo en los informes de seguimiento a los riesgos en vigencias anteriores. Si bien en el módulo “sistemas” de Isolución aparecen registrados dos riesgos (GITS 32 y GITS 33), según información obtenida en la pasada vigencia corresponde a pruebas de dicho módulo.

Se observa que la acción No. 1186 del riesgo GITS-32, no cuenta con los seguimientos de la manera como lo contempla la entidad, las actividades no tienen la evaluación de la eficacia ni cuenta con el cierre global

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 18 de 27	

de este al cierre de vigencia (2024).

En cuanto a la acción #1191 del riesgo GITS-33 se evidencia no cuenta con los seguimientos en los términos establecidos por la entidad. Igualmente, pese a que la segunda línea de defensa indica en el Oficio No. 00002-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-01-13, el cierre global de la acción e inicio de un nuevo ciclo para la vigencia 2025, se pudo constatar en el aplicativo ISOLUCIÓN/módulo de mejora/acciones para abordar riesgos, que la actividad 2 no cuenta con evaluación de la eficacia y tampoco con el cierre global de la acción para el tercer cuatrimestre de 2024. La actividad 2 "Evaluar la aplicación del simulacro de continuidad de servicios de TIC para identificar mejoras" dista de lo señalado en el seguimiento.

A lo anterior se suma que fue solicitado por parte de la tercera línea de defensa el monitoreo a los riesgos de seguridad de la información, los cuáles no fueron allegados a la Oficina de Control Interno. Se precisa, que se debe dar cumplimiento a lo establecido en la Política de Riesgos según Resolución 1142 del 29 de diciembre del 2022, vigente hasta el 1 de diciembre de 2024, artículo 13 en donde se indica que la Oficina de Planeación consolida todos los riesgos por proceso.

El proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos sigue pendiente en dar cumplimiento a:

1. Al numeral 6.2 Identificación del riesgo, página 98 de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022".
2. A las directrices contenidas en el procedimiento institucional para la gestión de riesgos 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*" del documento 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).
3. 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".
4. 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; en este punto se destaca la entidad aún no ha implementado en su totalidad los cambios de la versión vigente a partir del año 2022.

Sobre el particular con oficio No. 00002-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-01-13 del 6 de febrero de 2025, la Oficina de Planeación informa que no se ha realizado la identificación de los riesgos de seguridad de la información.

Conforme a lo anterior, es preciso resaltar como tercera línea de defensa, que se evidencia un incumplimiento reiterado de la normatividad, de acuerdo con las siguientes apreciaciones:

- 1) La norma NTC-ISO 27001: 2013, adoptada por la entidad en el marco del sistema integrado de gestión, en lo relacionado en el anexo sobre gestión de activos contempla la identificación de activos de la información, requisito trazable con las disposiciones de MINTICs sobre el particular y lo



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024

Página 19 de 27

señalado en el requisito 6.2 Identificación del riesgo, páginas 98, 99 y 100 de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022”. Este requisito sigue vigente para la nueva versión de la norma NTC-ISO 27001 a partir del año 2022.

- 2) La necesidad presentada para la respectiva adquisición del software del módulo conforme al contrato 039-SG-2020 y Resolución No. 000122 del 4 de mayo de 2020, esta última de donde se extrae a partir del considerando “...y con el fin de mantener en las condiciones adecuadas la operación del Sistema Integrado de Gestión del Instituto, es necesaria la adquisición del módulo de “Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información” de tal manera que se integre al aplicativo ISOLUCIÓN, por cuanto el módulo permitirá gestionar la operación, seguimiento y monitoreo de riesgos y dar cumplimiento normativo al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, conforme con la ISO 27001 (estándar para la seguridad de la información), adicionalmente adelantar actividades de registro, mitigación de riesgos, disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información, de tal manera que se verifiquen los riesgos en seguridad de la información del Instituto, con una correcta identificación, evaluación y gestión a tiempo y en línea y para consulta de los servidores del Instituto y partes interesadas” (subrayado por fuera del texto). Asociado a lo anterior se observa que siendo un bien intangible tampoco se ha permitido la medición fiable de este, como lo establece el artículo 80 y subsiguientes de la Resolución 000429 del 10 de julio de 2023 sobre las políticas contables de la entidad.
- 3) El módulo de riesgos de seguridad de la información en el aplicativo Isolución fue adquirido mediante contrato 039-SG-2020, cuyo objeto del contrato era la *“Adquisición de software módulo gestión de riesgos de seguridad de la información para Isolución, bajo lineamientos de la ISO 27001 y el modelo de seguridad y privacidad de la información del MINTIC para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”*, sin que a la fecha se evidencie el uso previsto en desarrollo de la gestión de riesgos de seguridad de la información, conforme lo registrado en el numeral anterior (2).
- 4) Desde el año 2020 fue adquirido el mencionado software, según información de estudios previos contenidos en el SECOP, por un valor de \$ 71.400.000.
- 5) Se destaca que sobre la identificación de riesgos y desarrollo de la gestión de riesgos de seguridad de la información, en el respectivo módulo en Isolución, se ha venido comunicando en los informes de seguimiento a la gestión de riesgos en la entidad por parte de la tercera línea de defensa, entre otras en vigencias: tercer cuatrimestre 2022 página 8 de 14, 2023 tercer cuatrimestre página 8 de 25, 2021 tercer cuatrimestre página 6 literal d, entre otros informes de la tercera línea de defensa, sin contar al cierre del 2024 con acciones que den atención a los requerimientos ya mencionados por parte del proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos.

6) Gestión de la comunicación.

El aplicativo Isolución, módulo riesgos de gestión no permite visualizar la trazabilidad de la ficha técnica de este riesgo, por lo que es pertinente revisar la configuración de dicho aplicativo en el módulo correspondiente.

7) Gestión de la Planeación Institucional.

A partir del mes de agosto de 2024 fue incorporado en el mapa de riesgos, los identificados para el proceso, momento para el cual se estaba realizando la auditoría interna AI-SCI-05-2024, la que arrojó como resultados sobre la gestión del riesgo lo siguiente:

- a) Se determinó a partir del hallazgo #1 que el proceso no cuenta con un riesgo *“Posibilidad de*

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 20 de 27	

afectación reputacional por la no identificación de los riesgos asociados al proceso”, este no se incluyó en el mapa de riesgos para el último cuatrimestre del 2024 como tampoco se generaron acciones tendientes a darle tratamiento de manera articulada con la gestión de riesgos.

- b) El riesgo GPI 16 posiblemente se materializó, de acuerdo al hallazgo # 3. No se evidenció el abordaje en el mapa de riesgos como tampoco en acciones asociadas en la gestión de riesgos o redireccionamiento conforme a los resultados de auditoría. El riesgo inherente y residual es igual en la evaluación al culminar el tercer cuatrimestre del 2024.
- c) El riesgo GPI 15 *“Posibilidad de afectación económica por disminución en la asignación presupuestal de recursos de inversión, debido al incumplimiento legal establecido para la constitución de reserva presupuestal”*: se observa a partir del informe de ejecución presupuestal IL-05-2024 para el último período del 2024, en el acápite de conclusiones, que si bien no se presentó disminución en la asignación presupuestal de recursos de inversión, sí presentó incidencias en la reserva, por lo que se infiere los controles no serían efectivos. Se sugiere revisar el riesgo, las causas y controles establecidos.
- d) El riesgo GPI 14 *“Posibilidad de pérdida de imagen, por incumplimiento de los objetivos estratégicos, debido a la inadecuada formulación, conocimiento, ejecución y seguimiento de los Planes Operativos Anuales e indicadores estratégicos”*: posiblemente se materializó a partir de los hallazgos de auditoría AI-SCI-05-2024 # 2, #4 y #6; este riesgo cuenta con la acción para abordar riesgos # 1212. Se sugiere revisar el riesgo, las causas y controles establecidos.

En ese sentido se observa que los controles establecidos en los distintos riesgos del proceso de planeación institucional, presentaron debilidades en la vigencia analizada.

Se evidencia que los riesgos GPI 14 Y GPI 15, no aparecen en el mapa de calor del módulo de riesgos de gestión en el aplicativo ISOLUCION, lo que no permite acceder a la ficha técnica del riesgo y revisar los respectivos controles asociados como variabilidad en la evaluación. Se requiere verificar la configuración del aplicativo en el módulo correspondiente.

8) Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

A partir del desarrollo de la auditoría interna AI-SCI-10-2024 al proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, se observó que el proceso identificó riesgos de gestión para la vigencia 2024, que presentan novedades en los riesgos y/o controles establecidos como se extrae del respectivo informe auditoría, así:

1. El proceso identificó el riesgo GSST-15 *“Posibilidad de pérdida económica.... insuficientes estrategias para la prevención de los accidentes y enfermedades de origen laboral”*. Pero no estableció controles asociados con el suministro, reposición oportuna de EPP y su uso.
2. El proceso identificó el riesgo GSST-16 *“Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento en la implementación de los requisitos en Seguridad y Salud en el Trabajo auditados por entes de control, debido a la inadecuada e insuficiente identificación de peligros y valoración de riesgos, asimismo, Insuficiente seguimiento a la gestión de actualización de matrices dentro del SG-SST, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad”*, asociado a la oportunidad de mejora #1180. Se identificó la posible materialización del riesgo GSST-16 asociado con el *“Insuficiente seguimiento a la gestión de actualización de matrices dentro del SG-SST”* y observó la ineffectividad del control establecido *“verifica que las Matrices de peligros y riesgos por proceso se encuentren actualizadas”*.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 21 de 27	

3. El proceso identificó el riesgo GSST-17 *“Posibilidad de pérdida de imagen por insuficiente presupuesto para la ejecución del Plan Anual de Trabajo, en Seguridad y Salud en el Trabajo debido a una inadecuada planeación, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad”*. En el control asociado se encuentra: *“El profesional con función de coordinador, revisa... las responsabilidades...”* Se observó que el proceso no identifica como posible causa el insuficiente seguimiento a los mecanismos de comunicación para dar respuesta de manera oportuna a las solicitudes. Se identificó igualmente, que el control asociado, en cuanto a la revisión de responsabilidades, no fue efectivo.
4. El proceso no identificó riesgos o estableció controles relacionados con:
 - a. La no identificación de riesgos de los procesos que se gestionan a nivel regional – Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme lo establece el artículo 13, parágrafo 2 de la Resolución 001142 de 2022. No se evidencia monitoreo sobre el asunto en mención por parte de la Oficina de Planeación.
 - b. El incumplimiento a la actualización de la matriz legal en la medida que sean emitidas nuevas normas y/o cambien requisitos.
 - c. Incumplimiento de los términos para la investigación de accidentes de trabajo, remisión de investigaciones a entes de control y ARL.
 - d. Cumplimiento de la implementación y actualización de planes de emergencias. El mapa de riesgos al tercer cuatrimestre no presenta un nuevo riesgo y/o control asociado, para dar tratamiento al hallazgo.
 - e. Incumplimiento a la gestión de acciones de mejora. Se requiere se verifique y de tratamiento, de requerirse.
 - f. El no cumplimiento de condiciones laborales, como tampoco identificó riesgos relacionados con la inadecuada gestión higiénica, que además contemple control de los olores emitidos a partir de la ejecución de actividades.
 - g. Falta de aplicación de controles a los recursos que hacen parte del proceso: reinversión y/o excedentes de cotización, como tampoco se evidenció la aplicación de controles por parte de otros procesos sobre el retorno de la inversión y/o excedentes de la cotización frente a las actividades que planea y desarrolla el proceso.
 - h. La no entrega de la información en términos en el marco de la auditoria al sistema de control interno. Se evidencia esta situación se presenta en dos vigencias consecutivamente (2023 y 2024) sin que se determinen riesgos y/o controles para evitar nuevamente su ocurrencia.
5. Teniendo en cuenta lo preceptuado en la Resolución 1401 de 2007 y lo contenido en el artículo 13 Ley 1562 de 2012, se identifica la ineffectividad de controles, por lo que precisa de su análisis y actualización del mapa de riesgos institucional.

Se evidencian debilidades en el monitoreo de los riesgos y efectividad de los de controles por parte de la segunda línea de defensa encargada del seguimiento a los riesgos de la entidad para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

9) Gestión del Conocimiento Científico Forense.

La ficha técnica del riesgo GSCF-28 reporta un riesgo inherente *“moderado”* y un riesgo residual *“bajo”*, conforme a lo reportado por segunda línea de defensa, se encuentra que no existe correlación por cuanto

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 22 de 27

la acción para abordar riesgos indica que “*no fue eficaz*” como tampoco lo fue el control asociado, y a la fecha aparece vencida en el aplicativo Isolución.

A partir de resultados de la auditoria AI-SCI-01-2024 se encontró que no se han identificado en el mapa de riesgos algunos riesgos del proceso, así:

- a) Posible riesgo incumplimiento en la ejecución del PIC por falta de recursos.
- b) Posible riesgo relacionado con incumplimiento de las directrices.
- c) Posible riesgo relacionado con incumplimiento de normatividad

Se requiere analizar la viabilidad de establecer los riesgos anteriores o bien dar tratamiento a partir de los controles establecidos en los riesgos ya identificados.

10) Gestión del relacionamiento con la ciudadanía.

El riesgo GRC-10, asociado al proceso no se encuentra en el mapa de calor de los riesgos de gestión dispuestos en el aplicativo Isolución, lo que no permite verificar la trazabilidad en la evaluación antes y después de controles en la etapa de seguimiento a los riesgos.

Revisadas otras fuentes de información se observa que los resultados de auditoría del SIG AI-SIG-06-2024 estableció no conformidad relacionada con la gestión de riesgos para asegurar el logro de los resultados en el marco del SIG. Asimismo, se evidencia que no se tuvo en cuenta el informe de seguimiento a los riesgos del segundo cuatrimestre de 2024, numeral 7.3 literal f, por cuanto los resultados de las acciones para abordar riesgos a cierre de vigencia 2024, si bien reportan eficacia, se evidencia no se abordaron los resultados a partir de auditoria e informe de Ley, el control establecido no guarda la estructura definida por la entidad para controles.

11) Gestión del servicio pericial.

Para la vigencia el servicio pericial identificó seis riesgos de gestión, con el comportamiento que a continuación se describe:

Tabla 4. Comportamiento de los riesgos de gestión del proceso de servicio pericial a cierre del año 2024.
Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.

Riesgo	Acción para abordar riesgos	Observaciones
GSF-196	1196	La frecuencia presentó cambio de “catastrófico” a “bajo”
GSF-197	1197	El riesgo se identificó en marzo del 2024, la actividad #1 a cierre de vigencia no cuenta con seguimientos, y la acción no cuenta con el cierre global de eficacia.
GSF-198	1198	Aun cuando la acción presenta eficacia en el cierre, verificadas otras fuentes se pudo constatar para el primer semestre de 2024 en el informe de Ley “informe de seguimiento a peticiones,

		quejas, reclamos, sugerencias y denuncias” presenta incidencias relacionadas con solicitudes, por respuestas por fuera del tiempo establecido por la ley. En ese sentido debió revisarse la acción y reorientar el abordaje del riesgo.
GSF-199	1200	La acción presenta eficacia en el cierre, no obstante a partir del informe de la Contraloría General de la República se observan hallazgos (#3,#35) relacionados con el control de reactivos y expiración de estos.
GSF-200	1204	Presentó variación en la frecuencia, el riesgo inherente “moderado” riesgo residual “bajo”, manteniendo la misma zona de impacto.
GSF-201	1205	Presentó variación en la frecuencia, el riesgo inherente “alta” riesgo residual “muy baja”, manteniendo la misma zona de impacto.

12) Gestión el sistema de evaluación y control.

En atención a instrucciones del Comité de Control Interno, esta unidad organizacional no se refiere en este seguimiento a los resultados de la Gestión del Riesgo relacionado, GSEC-38 a cargo de la Oficina de Control Interno.

En cuanto a los riesgos identificados por el proceso de control disciplinario, las acciones se cerraron sin novedad.

13) Gestión del Talento humano.

El proceso contó con la identificación de dos riesgos, uno de ellos asociados a las actividades de bienestar, cuyos resultados a partir de la auditoria interna al sistema de control interno GTH21 dio como resultado una baja probabilidad de ocurrencia. En tanto GTH 22 presentó cierre eficaz en la acción para abordar riesgos. Acciones cumplidas sin observaciones.

14) Gestión Financiera.

Verificados los riesgos del proceso para el tercer cuatrimestre y comportamiento de la vigencia se contó con los siguientes resultados:

1. Para el riesgo GF #77 “Posibilidad de efecto dañoso, en los insumos o reactivos, porque no existe control de reetiqueta posteriores a la fecha de vencimiento” identificado por la Regional Bogotá a partir de hallazgos en otra vigencia, no se tuvo en cuenta la recomendación del informe de seguimiento a los riesgos institucionales del primer cuatrimestre 2024 sobre los atributos del control como lo tiene establecido la entidad y documentado en el SIG. Al cierre de la vigencia se encuentra que, pese a que la acción asociada #1183 cerró como eficaz, los controles no fueron efectivos ni cuentan con la debida cobertura toda vez que el informe de auditoría por parte de la Contraloría General de República reporta en el hallazgo 3 la misma debilidad con connotación disciplinaria.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 24 de 27	

2. El riesgo GF 81 “Posibilidad de afectación económica por no pago oportuno de los servicios públicos en las sedes donde se tiene dicha responsabilidad, debido al envío inoportuno de las facturas y planilla o error en la información suministrada en esta última”, riesgo identificado por la Regional Occidente, con la acción asociada #1188 no cuenta con cierre global de la acción.
3. Se observa en auditoría realizada por la Contraloría General de la República, reportes de debilidades relacionados con temas presupuestales y contables sobre cumplimiento a las glosas establecidas por la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de representantes, como también en el hallazgo 12 se resalta registro sobre pérdida de apropiación e inobservación a los principios presupuestales, entre otros, configurando un hallazgo de tipo administrativo; en cuyo caso resulta importante se analice la posibilidad de identificar un nuevo riesgo y/o determinen controles en los riesgos existentes que den cobertura de manera apropiada al tema en mención y se actualice el mapa de riesgos.
4. Asimismo, se presenta en resultados de auditoría interna AI-SCI-02-2024 al proceso de Gestión Financiera, incidencias en los riesgos y controles, sobre:
 - a. Seguimiento a la ejecución presupuestal.
 - b. Omisión o inoportunidad de registro de algún hecho económico, con anotación de verificar si se requiere de su inclusión.

Se requiere verificar, identificar los riesgos y/o controles para dar tratamiento a lo referenciado.

15) Gestión y Soporte Jurídico.

Verificado el mapa de calor del módulo de riesgos de gestión en el aplicativo Isolucion, no se encuentra el riesgo GSJ-10 “*Posibilidad de pérdida reputacional por no actuar dentro del término debido al incumplimiento de los deberes del abogado con funciones jurídicas*”, lo que no permite verificar la trazabilidad en la evaluación del riesgo a través de la ficha técnica.

Para dar tratamiento al riesgo se registró la acción #1165 en el aplicativo Isolucion, la cual reporta cierre eficaz y es corroborado en la fase de monitoreo a los riesgos institucionales; no obstante lo anterior, verificadas otras fuentes por parte de la tercera línea de defensa se encuentra que no se revisan otros elementos de información en la evaluación del riesgo respecto a su comportamiento en la entidad; las evidencias que hacen parte de las actividades definidas en el aplicativo Isolución, no son suficientes para dar tratamiento al riesgo y /o aplicación de controles. Se presentan durante la vigencia incidencias como a continuación se detallan:

1. En informes de seguimiento al sistema único de gestión e información litigiosa del estado e-Kogui del primer semestre de 2024, se evidencia que el control # 2 asociado al riesgo GSJ-10 presenta debilidades expresadas en los hallazgos y respectivas conclusiones.
2. Informe auditoría AI-SCI-03-2024 de Gestión y Soporte Jurídico, advierte la posible materialización del riesgo GSJ-10 y debilidades en los controles.

6. INDICADORES

1. **Indicador 1. Porcentaje de riesgos identificados por proceso:** en el objetivo indican “Identificar los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital en los procesos institucionales” y en la medición

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 25 de 27	

de este se relaciona un 100% de cumplimiento, atendiendo la fórmula de medición, la cual indica que es “*Número de procesos con riesgos identificados en el periodo / Total de procesos institucionales*”, sin embargo, a la fecha se logró evidenciar que el objetivo planteado para el presente indicador no se está cumpliendo de cara la falta de identificación de riesgos de seguridad de la información, por lo cual, es necesario revisar la ficha técnica de este indicador y definir variables adicionales que permitan hacer una medición más real, que sirva como insumo para la adecuada toma de decisiones.

2. Indicador 2. Disminuir la materialización de conductas asociadas a los riesgos de corrupción, que hace parte del mapa de riesgos institucionales: como se pudo observar en el resultado de la tabla 5, existen 16 hallazgos que posiblemente están relacionados con riesgos de corrupción o sus causas. Adicional a lo anterior, en el análisis mencionan “*Tras el análisis realizado, se asocia al incumplimiento de los controles establecidos en el procedimiento de trámite y custodia de cadáveres en el INMLCF*”, donde, es preciso mencionar que de los hallazgos relacionados 4 relacionados con posible “*debilidad en la aplicación de procedimientos*”; por lo anterior, sería recomendable modificar la fórmula de citado indicador, incluyendo aspectos adicionales que permitan fortalecer el seguimiento y optimizar el desempeño institucional frente al tratamiento de las causas y el fortalecimiento de los controles implementados.

3. Indicador 3. Porcentaje de actividades eficaces para mitigar el riesgo de corrupción: se reporta un 100% de cumplimiento frente al indicador, sin embargo, en el análisis del indicador relacionan que se registró una actividad como ineficaz y está relacionada con una materialización de un riesgo, por lo cual, no es correcto afirmar que las acciones fueron eficaces para mitigar el riesgo, toda vez que aun sin tener en cuenta las demás observaciones descritas en los numerales anteriores, se registró una materialización por lo cual la medición debe ser inferior al 100%. En este sentido el análisis del indicador no debe relacionarse únicamente con el cumplimiento de la actividad, sino como su nombre lo indica debe ser “eficaz para mitigar el riesgo de corrupción”.

4. Indicador 4. Porcentaje de Actividades Eficaces: el indicador tiene como variables “Número de actividades eficaces para mitigar los riesgos / Total de actividades programadas para mitigar los riesgos”, donde, se indica que tuvo un nivel de cumplimiento del 93,85%, indicando que 183 acciones fueron eficaces para la mitigación de riesgos, lo cual, hace referencia al cumplimiento de las actividades.

7. CONCLUSIONES

1. Se verificó la gestión y cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos Institucionales en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, en donde fue factible establecer que la entidad se encuentra actualizando la política para la gestión de riesgos institucionales, no obstante, persisten incumplimientos reportados en otros informes de seguimiento a la gestión de riesgos de la entidad, así:
 - a) Artículo 2. Objetivos: No se han identificado los riesgos de seguridad de la información, conforme a lo registrado en el numeral 6 Riesgos de gestión, subnumeral 5 de este informe de seguimiento a la gestión de riesgos con corte a 2024-12-31. Lo anterior no permite dar cumplimiento al artículo 4 de la mencionada política de gestión de riesgos en cuanto a “...es necesario establecer

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2024	Página 26 de 27	

mecanismos y estrategias para la gestión integral de los riesgos y *prevenir la probabilidad de ocurrencia e impacto en la gestión de la entidad...*”.

Se encontró, además, que existen procesos sensibles a los cuales no se les ha identificado riesgos de corrupción, para la vigencia en mención, como lo son: Gestión Financiera; Gestión ambiental; Gestión de relacionamiento con la ciudadanía; Gestión de la Planeación Institucional. El proceso de Gestión Financiera para la vigencia 2024 no identificó riesgos de gestión transversales a todas la regionales, como tampoco de orden fiscal ni contable, sobre este último se presenta el análisis de causas y determinación de controles, pero no se encuentran articulados a riesgos, como lo establece la normatividad asociada, para las distintas etapas.

- b) Artículo 7. Esquemas de línea de defensa. La segunda línea de defensa no revisa de manera amplia y suficiente se estén cumpliendo con las actividades, la aplicación de los controles y la gestión de riesgos sean apropiados y funcionen correctamente, como tampoco los controles den cobertura de manera adecuada a todo el ciclo de los procesos, para permitir la mitigación del riesgo.
 - c) Se requiere actualizar la política de gestión del riesgo del Instituto, incorporando las directrices del departamento administrativo de la función pública en la versión vigente de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”, especialmente en lo relacionado con el riesgo fiscal y los riesgos de gestión contable.
2. Se verificaron las actividades de primera y segunda línea de defensa para la gestión de los riesgos institucionales durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de diciembre de 2024, donde se identificaron debilidades en el monitoreo de los riesgos y gestión de los riesgos, sobre todo en los controles, lo anterior detectado a través de informes de auditoría interna, informes de Ley y auditoría externa por parte de la Contraloría General de la República.
 3. Durante la vigencia se materializaron riesgos en el proceso de servicio pericial, los que fueron reportados y objeto de tratamiento antes del cierre de vigencia, no obstante, se presenta posibles materializaciones de riesgo en los procesos de gestión del conocimiento, gestión de la planeación, gestión de soporte jurídico, gestión de la seguridad y salud en el trabajo a partir de hallazgos de auditoría interna, que no fueron reportados en el marco del seguimiento a la gestión de los riesgos como tampoco las acciones para dar tratamiento y evitar nuevamente su ocurrencia, por parte de la segunda línea de defensa.

Se requiere hacer un trabajo más profundo sobre la identificación de las situaciones de materialización de riesgos, toda vez, que la identificación de un hallazgo da cuenta de la debilidad de los controles o la materialización de los riesgos, situación que la fecha no está siendo contemplada por parte de la totalidad de los líderes de cada uno de los procesos, como tampoco por el líder de la segunda línea de defensa.

4. Se determinó un incumplimiento reiterado en la identificación de riesgos sobre seguridad de la información, sus respectivos controles y posible detrimento patrimonial por el no uso previsto y/o subutilización del software del módulo de gestión de riesgos de seguridad de la información, situación que debe ser analizada por el dueño del proceso con el acompañamiento de la segunda línea de defensa y establecerse las acciones correctivas.
- En este sentido no se puede concluir sobre el seguimiento a los riesgos de seguridad de la información, debido a la falta de información sobre los mismos y la manifestación realizada sobre su identificación y tratamiento por parte del Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo.
5. No se han tomado acciones sobre la totalidad de hallazgos de los informes de anteriores vigencias pues se sigue evidenciando, además de lo expuesto en los numerales anteriores del apartado de

conclusiones que persisten situaciones donde las actividades registradas reportan niveles de avance y/o cierres de las acciones sin ser cumplidas en su totalidad, ante lo cual, son calificadas como eficaces y cerradas, como se reporta entre otras para el riesgo GSF-197, GSF-193, GA-128, GSF-189, GSF-192, GSF-193, GITS-31 y GITS-33

6. El informe fue socializado al responsable del monitoreo el día 2024-03-04.

Nota: Es de señalar que en el análisis de cada uno de los acápite que hacen parte de este informe se tratan los hallazgos y se hacen las respectivas recomendaciones.

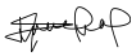
8. RECOMENDACIONES

Establecer acciones que permitan subsanar las novedades relacionadas en el cuerpo del presente informe de seguimiento a la gestión de riesgos en la entidad.

Cordialmente,



NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Lucila Sicacha – Profesional Especializada Forense – Oficina de Control Interno Julián Albeiro Martínez Mancipe – Profesional universitario – Oficina de Control Interno		2025-03-10
Revisó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2025-03-10
Aprobó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2025-03-10
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.			