



**INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A LA
GESTIÓN DE RIESGOS
PRIMER CUATRIMESTRE 2025**

IL-07-2025

**PERIODO
ENERO 01 A ABRIL 30 DE 2025**

**13 DE JUNIO 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 2025- PRIMER CUATRIMESTRE. 8

6. INDICADORES..... 21

7. CONCLUSIONES..... 22

8. RECOMENDACIONES 23

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Procesos que no han identificado riesgos de corrupción. Fuente: elaboración propia OFCI a partir de la información aportada por la Oficina de Planeación y el mapa de procesos institucional.8

Tabla 2. Nomenclatura de riesgos de corrupción a primer cuatrimestre de 2025. Fuente: Elaboración propia OFCI.....9

Tabla 3. Control de cambios a primer cuatrimestre de 2025- Riesgos de gestión. Fuente de elaboración a partir del informe de monitoreo a cargo de la Oficina de Planeación.16

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 4 de 23

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 648 de 2017, “Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario único del Sector de la Función Pública” Artículo 17 que modifica el artículo 2.2.21.5.3. del Decreto 1083 de 2015, “(...) *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 entre otras, a las actividades definidas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS) vigencia 2025 y en atención a las responsabilidades del SCI acorde a la Resolución 00031 de 2025 “Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión”, se elaboró el presente informe de evaluación y seguimiento a la Gestión del Riesgo (gestión, corrupción, fiscales, contables, de seguridad y privacidad de la información), validando las acciones implementadas para su tratamiento y monitoreo para el primer cuatrimestre del 2025, generando recomendaciones y conclusiones que permitan la mejora continua, la previsión de los riesgos, 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 PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 5 de 23	

1. OBJETIVO

Verificar la gestión y cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos Institucionales de conformidad con la Ley vigente reglamentaria y demás lineamientos establecidos por la entidad.

1.1 Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo para el primer cuatrimestre, con corte al 30 de abril de 2025.
- Revisar los riesgos materializados durante el primer cuatrimestre de 2025 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, con corte al 30 de abril de 2025.

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 primer cuatrimestre del 2025.

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.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 6 de 23	

- h. Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional
- i. 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.
- 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.

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 primer cuatrimestre del 2025 con corte al 30 de abril y resultados de cierre de vigencia 2024, con base a la revisión y análisis, entre otros de la documentación que a continuación se detalla:

De la información solicitada mediante Oficio No. 056-OFCI-DG-2025 del 2025-04-09, sobre solicitud información para elaborar Informe de Riesgos Institucionales Primer Cuatrimestre 2025, a saber:

4.1 Matriz de riesgos institucionales:

- a. Matriz de riesgos institucionales con corte a 30 de abril de 2025: Información recibida.
- b. Matriz de monitoreo de riesgos de seguridad de la información con corte a 30 de abril de 2025: No fue allegada.
- c. Matriz de monitoreo de riesgos de gestión con corte a 30 de abril de 2025: Recibida.
- d. Matriz de monitoreo de riesgos de corrupción con corte a 30 de abril de 2025: Recibida.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 7 de 23	

4.2 Informes:

- Informe de Monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información (Procedimiento DG-E-P-022, actividad 7 tarea 1): Información no recibida.
- Informe de posibles Riesgos Materializados (Procedimiento DG-E-P-022, actividad 7 tarea 3): Información recibida sobre la no materialización de riesgos durante el período evaluado.
- 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): Información recibida.
- 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 literal “b” del numeral 4.1.

4.3 Indicadores:

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

4.4 Información adicional, se solicitó informar:

- 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: No fue informado por la segunda línea de defensa.
- 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.
- 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: Información recibida.
- El 2025-05-23, mediante correo electrónico se solicitó información complementaria, que a la fecha no fue allegada por parte de la Oficina de Planeación, así:
 - ¿Qué oportunidades se han identificado e implementado para el primer cuatrimestre del 2025, a partir del análisis del comportamiento de la gestión de riesgos en la entidad? ¿En qué procesos?
 - ¿Qué actividades ha adelantado la Oficina de Planeación para identificar y correlacionar los diferentes escenarios de riesgos materializados que permita la generación de estrategias preventivas y de control?

Para el primer cuatrimestre de 2025 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 Ley, políticas de la entidad y avances del plan de mejoramiento a informes de entes de control, entre otros.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025- PRIMER CUATRIMESTRE.

Para el seguimiento a la Gestión de los Riesgos en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de abril de 2025, se realizó el análisis al “Mapa de Riesgos Institucional” remitido por la Oficina de Planeación, en el que se observó que para la vigencia 2025 primer cuatrimestre, existen tres versiones del mapa dos (V2 Y v3) –de ellos publicados como aparece en la siguiente URL <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos> , encontrando que al primer cuatrimestre se definieron cincuenta y dos (52) riesgos , 21 riesgos de corrupción y 31 riesgos de gestión, 50 de los riesgos cuentan con ficha técnica del riesgo y 115 acciones asociadas para abordar riesgos, registradas para el primer cuatrimestre 2025 en el aplicativo Isolución, con los resultados que a continuación se detallan:

5.1 Riesgos de corrupción.

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

Atendiendo lo definido en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, página 86 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 2025 se identificaron 21 riesgos asociados a 13 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:

Tabla 1. Procesos que no han identificado riesgos de corrupción. Fuente: elaboración propia OFCI a partir de la información aportada por la Oficina de Planeación y el mapa de procesos institucional.

Tipo de proceso	Nombre del Proceso
Estratégicos	Gestión de la Planeación Institucional
Evaluación y control	Gestión de Relacionamento con la Ciudadanía
Apoyo	Gestión ambiental

Imagen 1. Mapa de riesgos de calor primer cuatrimestre año 2025 – Módulo de riesgos de corrupción del aplicativo Isolución.



Se evidencia que la nomenclatura de los 21 riesgos de corrupción de la vigencia 2024 para el 2025 cambian, no permitiendo verificar fácilmente la trazabilidad y continuidad entre vigencias. Es eliminado el riesgo de corrupción GSEC 35 “Posibilidad de recibir o solicitar beneficios a nombre propio o de terceros, en razón de las decisiones disciplinarias que se profieran”, debido a que las actividades asociadas son ejercidas por la comisión de disciplina judicial. Se incorpora para la vigencia 2025 el riesgo GF-82 “Posibilidad de que, por acción u omisión, se generen obligaciones presupuestales no programadas en la solicitud de PAC, favoreciendo a terceros para beneficio propio” a cargo del proceso de Gestión Financiera. Así lo muestra la tabla 1.

Tabla 2. Nomenclatura de riesgos de corrupción a primer cuatrimestre de 2025. Fuente: Elaboración propia OFCI.

Año 2024	Año 2025
GA-128	GA-142
GCOM-15	GC-2
GCPF-33	GCOM-17
GCPF-34	GCPF-38
GCPF-35	GCPF-39
GITS-31	GCPF-40
GSCF-27	GF-82
GSEC-35	GITS-35
GSEC-36	GSCF-29
GSF-189	GSEC-39

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 10 de 23

Año 2024	Año 2025
GSF-190	GSF-202
GSF-191	GSF-203
GSF-192	GSF-204
GSF-193	GSF-205
GSF-194	GSF-206
GSF-195	GSF-207
GSJ-9	GSF-208
GSST-14	GSJ-11
GTH-20	GSST-18
SIG-15	GTH-23
GC-1	SIG-18
GSEC 35 GF-82	Eliminado por funciones disciplinarias Nuevo riesgo

Así mismo se registra por parte de la Oficina de Planeación cambios en la versión 2 del mapa de riesgos actualizando dos riesgos, sin mencionar el número, a cargo de los procesos de Gestión Administrativa y de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos, en ambos casos no se reporta la causa de la actualización.

Se registra actualización del riesgo a cargo del proceso de Gestión del Conocimiento Científico Forense *“Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad en la entrega de productos o resultados acordados por los investigadores debido al inadecuado trámite de las actividades previas y/o seguimiento a la ejecución de proyectos de investigación científica”* por ajuste a descripción causas, consecuencias y controles.

Anexo al Oficio No. 00039-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-05-12 se informan cambios realizados por los líderes de proceso, no obstante, no es posible verificar las circunstancias que originaron los cambios como la adecuación de estos. Se pudo constatar que no se encuentran documentados los criterios para ajustes, modificaciones y/o eliminación de los riesgos, decisión de aprobación a cargo de la Oficina de Planeación (procedimiento DG-M-P-022, actividad 2 tarea 6, nota 2).

La entidad para la evaluación del riesgo y, como medida de respuesta para los riesgos de corrupción, ha proyectado como tratamiento la *“reducción del riesgo”*, es decir establecer controles para reducir el impacto del riesgo. Es así como para el primer cuatrimestre 2025, al realizar la comparación entre el riesgo inherente y el riesgo residual, el impacto no presenta variaciones en ninguno de los riesgos de corrupción; para la posibilidad de ocurrencia los riesgos GC2 y GITS 35 cambiaron de posible a rara vez y el riesgo G202 cambió de improbable a rara vez; los riesgos GCOM17, GSEC39, GSF204, GSF206 y GSF207 de posible -pasaron a improbable; los riesgos GSF203, GSF205, GSF208, GSJ11- de probable -se movieron a posible, en tanto el riesgo GSF207 cambio de posible a improbable. Para la evaluación, el riesgo GSF 206 cambió de extremo a alto.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 11 de 23

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

- 1) Tres (03) acciones no presentan observaciones durante el seguimiento a los riesgos institucionales (GSEC-39; GSJ-11; SIG-18).
- 2) Tres (03) riesgos para el primer cuatrimestre del 2025 presentan modificación en su redacción, no cuentan con la trazabilidad de la gestión del cambio (GSCF-29; GSJ-11; GC-2).
- 3) Se observó que en tres (03) riesgos no se contemplaron las recomendaciones realizadas en el informe de riesgos a cierre de vigencia 2024 (GA142; GSF-202; GSST-18).
- 4) En siete de los riesgos se observa que los controles no brindan la robustez necesaria para mitigar el riesgo (GC-2; GSF-202; GSF-207; GSF-208; GSF-206; GTH-23; GF-82).
- 5) A quince (15) riesgos (GSF-202, GSF-204; GSF-203; GSF-205; GSF-207; GSF-208; GITS-35; GTH-23; GSST-18; GCOM-17; GCPF-38; GCPF-39; GCPF-40; GF-82; GA-142), se le identificaron observaciones frente al cumplimiento de sus acciones, por lo cual, se sugiere atender las recomendaciones que en cada caso corresponda y dar cumplimiento a lineamientos institucionales para la evaluación de la eficacia contenidos en el procedimiento DG-C-P-014 y sus anexos.
- 6) Del registro de materialización, durante la vigencia 2024, del riesgo corrupción GSF-190 (que corresponde para la vigencia 2025 al GSF-203) *“Posibilidad de que, por acción u omisión, se cambie, pierda o altere un EMP para beneficio propio o de un tercero”* indican que se originó la No conformidad real #3365 una vez analizadas las causas y se formulan las acciones correctivas a través de la NCR 336, se evidenció que persiste el incumplimiento registrado para el cierre de vigencia 2024 ya que no se le ha realizado análisis de causas, ni se han definido acciones de tratamiento correspondiente.

Por lo anterior, se reitera la sugerencia de 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.

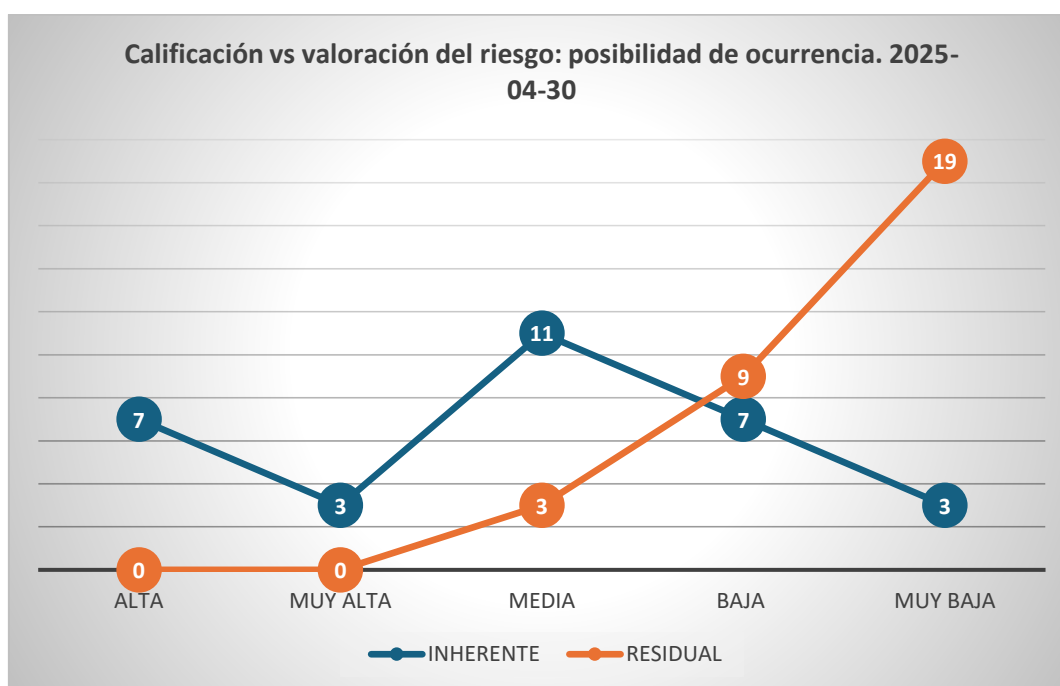
- 7) Realizado el seguimiento a los riesgos de corrupción para el primer cuatrimestre 2025, se evidenció que se incumple el seguimiento a las acciones que dan tratamiento al riesgo, por parte de algunas regionales (Regional Suroccidente y Regional Occidente -riesgo asociado GA-142) generando brechas de control que pueden resultar en materializaciones; se sugiere realizar un seguimiento más detallado del cumplimiento exigiendo la oportunidad, coherencia y suficiencia de los soportes de las unidades organizacionales comprometidas.

5.2 Riesgos de Gestión.

Se reportó por parte de la segunda línea de defensa la actualización de algunos riesgos para el primer cuatrimestre 2025, sin indicar el número de cada uno de ellos, lo que dificulta su revisión durante la etapa de seguimiento:

Para el período de medición se observó que calificación inicial: Riesgo inherente y tras la valoración del riesgo, posterior a la aplicación de controles, es decir el riesgo residual, presentó el siguiente comportamiento:

Imagen 2. Calificación vs valoración del riesgo de gestión: posibilidad de ocurrencia a 2025-04-30. Fuente de elaboración propia OFCI.

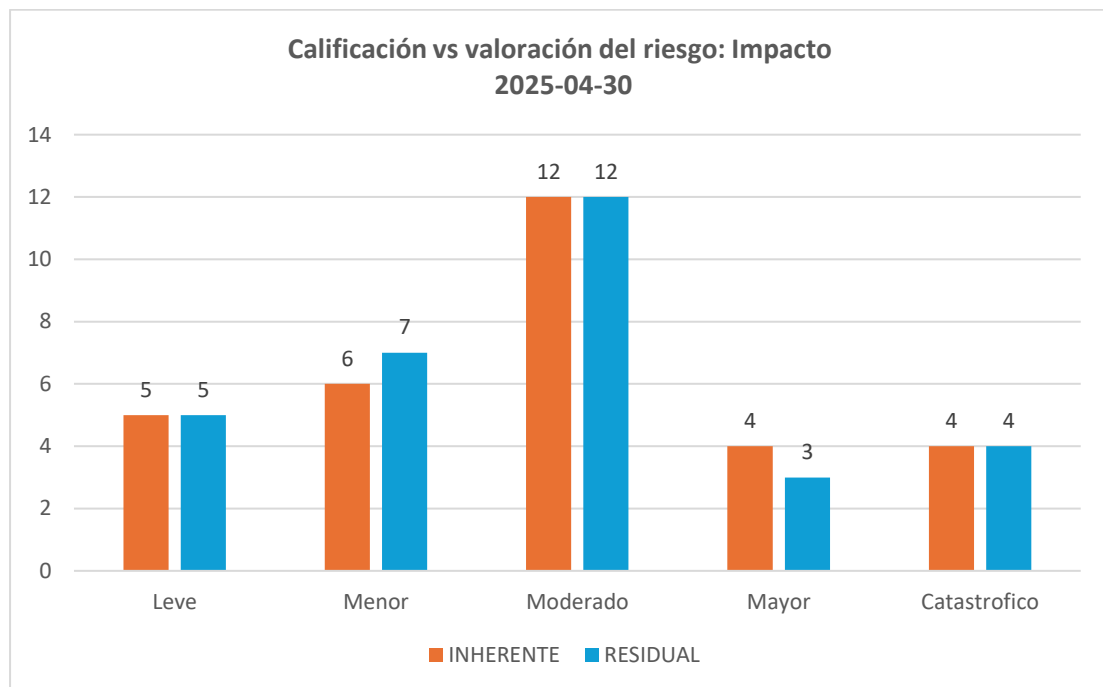


a) En cuanto a la posibilidad de ocurrencia:

- 7 riesgos en clasificación alta, posterior a la aplicación de controles se ubicaron en zona baja (SIG-16; GPI-14), y muy baja (GA-136; GA-137; GA-138; GSF-201; GSF-210).
- 3 riesgos ubicados en la zona muy alta luego de aplicar controles, se ordenaron en zonas media (GRC-11) y muy baja (GSF-199; GSF-209).
- 11 riesgos de la zona media posterior a controles se mantuvieron 3 (GA-144; GCOM-16; GRC-11) los demás se distribuyeron en zonas baja (GC-3; GCPF-36; GCPF-37; GTH-22; GSJ-12); y muy baja (GA-139; GSF-198; GSEC-38; GSST-16).
- Para la fase de riesgo inherente 7 riesgos de la zona baja en la fase residual dos de ellos se mantuvieron (SIG-17; GTH-21); 2 riesgos de alta migraron a Baja (SIG-16; GPI-14); 5 de los riesgos en media llegaron a baja (GC-3; GCPF-36; GCPF-37; GTH-22; GSJ-12).
- Se observó como tres riesgos se ubicaron en zona baja, al aplicar controles, 3 de los riesgos se mantuvieron (GA-143; GF-83; GF-84); 5 riesgos bajan pasan a muy baja (SIG-19; GAM-7; GPI-15; GPI-17; GSFC-30); 5 en alta pasan a muy baja (GA-136; GA-137; GA-138; GSF-201; GSF-210). 4 de mediana a muy baja (GA-139; GSF-198; SEC-38, GSST-16). 2 de muy alta a Muy baja (GSF-199; GSF-209).

b) El impacto presentó los siguientes resultados:

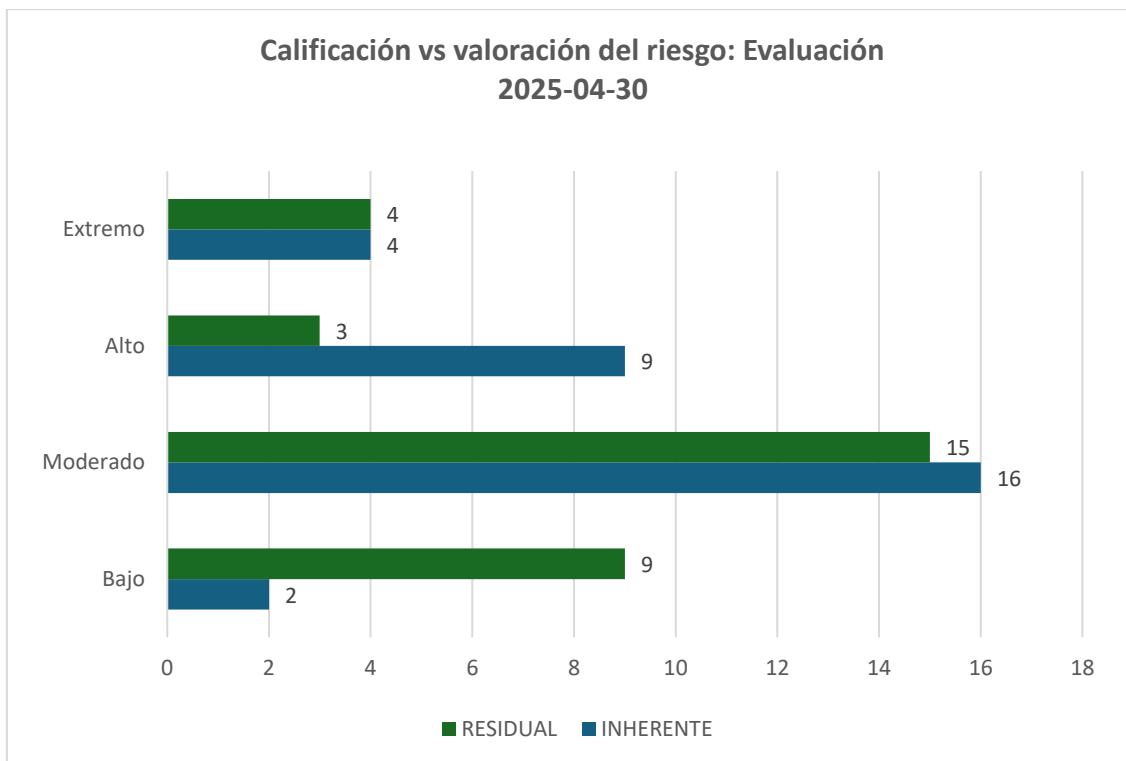
Imagen 3. Calificación vs valoración del riesgo de gestión: impacto a 2025-04-30. Fuente de elaboración propia OFCI.



- Los 4 riesgos (GCOM-16; GPI-15; GSF-201 y GSJ-12) calificados como catastróficos posterior a la aplicación de controles quedaron en la misma zona.
- En el riesgo inherente se calificaron 4 riesgos con impacto mayor (GAM-7; GSF-198; GSF-199 y GF-84) en su valoración uno de ellos cambio a moderado (GSF-199).
- Doce de los riesgos en la fase inherente (SIG-17; GA-138; GA-144; GCPF-36; GCPF-37; GPI-14; GPI-17; GRC-11; GSF-209; GSF-210; GSEC-38; GF-83) ubicados en la zona moderada, tras su valoración solo 1 cambio a zona muy baja (GSEC-38) los demás se mantuvieron.
- En la fase inherente cinco riesgos calificados leves (SIG-16; GA-136; GA-137; GA-143 y GSCF-30) en la fase residual estos riesgos se mantuvieron.
- 6 riesgos calificados con impacto menor (SIG-19; GA-139; GC-3; GTH-21; GTH-22; GSST-16) se mantuvieron en la fase de riesgo residual, sumándose el riesgo GSEC 38.

c) Para la **evaluación** de los riesgos de gestión se presentó el siguiente comportamiento:

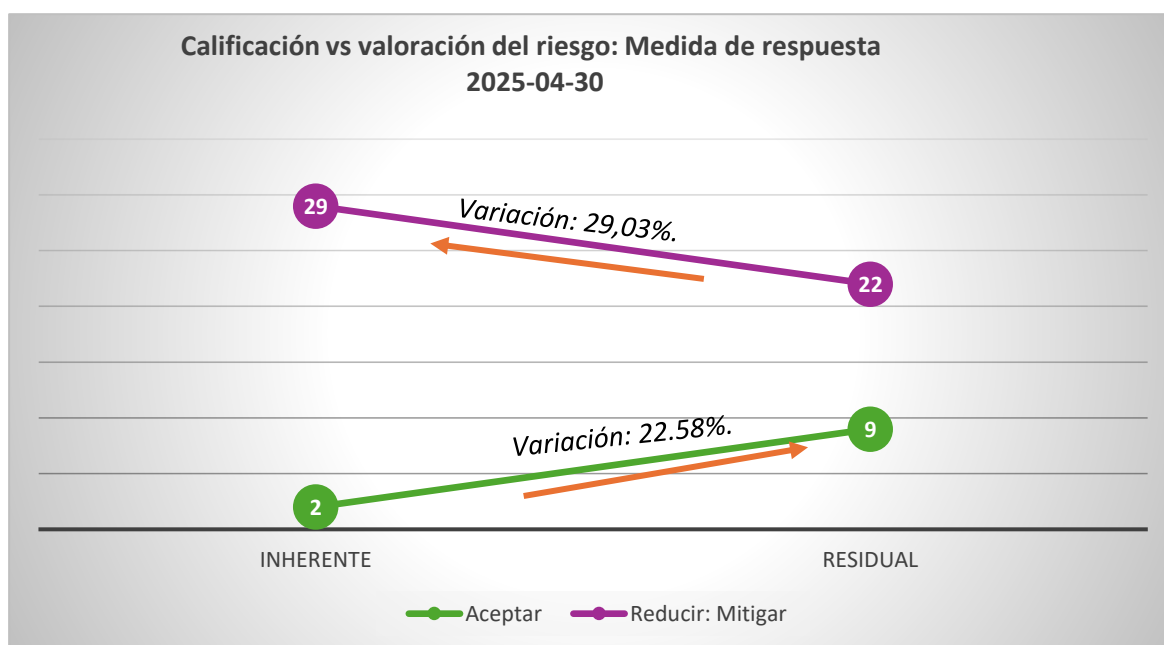
Imagen 4. Calificación vs valoración del riesgo de gestión: evaluación a 2025-04-30. Fuente de elaboración propia OFCI.



- En la fase inherente 2 riesgos (GA-143; GSCF-30) categorizados como bajo se mantuvieron en la fase residual sumándose 7 más (SIG-16; SIG-19; GA-136; GA-137; GA-139; GSEC-38; GSST-16).
- 16 riesgos evaluados en la fase inherente como moderados (SIG-16; SIG-17; SIG-19; GA-136; GA-137; GA-139; GA-144; GC-3; GCPF-36; GCPF-37; GPI-17; GSEC-38; GTH-21; GTH-22; GF-83; GSST-16) para la fase residual, se encontró que después de aplicar controles 9 se mantuvieron y los 7 restantes pasaron a zona baja.
- Con una calificación en la evaluación como alta en la fase inherente se clasificaron 9 riesgos (GA-138; GAM-7; GPI-14; GRC-11; GSF-198; GSF-199; GSF-209; GSF-210; GF-84) para la fase residual en la evaluación 3 se mantuvieron, 6 pasaron a zona mediana.
- Para la zona extrema 4 riesgos en fase inherente se ubicaron allí (GCOM-16; GPI-15; GSF-201; GSJ-12) que se mantuvieron en la fase residual.

d) En cuanto a la medida de respuesta para los riesgos de gestión se presentó el siguiente comportamiento:

Imagen 5. Calificación vs valoración del riesgo de gestión: medida de respuesta a 2025-04-30. Fuente de elaboración propia OFCI.



En cuanto a la medida de respuesta para los riesgos de gestión, se observa que la decisión de la entidad en el 93,54% corresponde a *reducir: mitigar* y el 6,46% es aceptar el riesgo durante la fase inherente, para la fase residual, es decir luego de aplicar controles es del 70,96% para reducir: mitigar con una variación del 22.58%.

La decisión de aceptar se presenta en el 29,03%, con una variación entre fases del 22.58%, para este ítem se evidencia que el apetito del riesgo se incrementa, la entidad se arriesga a aceptar algunos riesgos, esto sucede para los riesgos SIG-16; SIG-19; GA-136; GA-137; GA-139; GSEC-38 y GSST-16.

Revisados los riesgos de gestión, se observa que el 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 materializó a cierre de la vigencia 2024, para la vigencia 2025 se revisaron y ajustaron controles. El riesgo GSST-16, presenta modificaciones en su estructura y controles, aun así, durante dos vigencias presenta hallazgos sobre incumplimientos normativos, es decir denota la materialización del riesgo, pero la decisión es aceptar y con ello aumentar el apetito del riesgo, se sugiere revisar, asegurando la robustez de los controles con el fin de evitar nuevamente la materialización del riesgo.

Las variaciones que se observan para el apetito del riesgo en cada una de las decisiones en sus dos fases, no obedecen a criterios definidos y claros sobre el desempeño de la gestión del riesgo, de la

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 16 de 23

capacidad interna de respuesta de cara a los objetivos, al marco regulatorio de la entidad o las decisiones tomadas por la alta dirección.

Para el primer cuatrimestre se reportó por parte de la Oficina de Planeación la actualización de diecisiete riesgos gestionados en la vigencia 2024 e incluyeron 6 riesgos para la vigencia 2025, como a continuación se detalla:

Tabla 3. Control de cambios a primer cuatrimestre de 2025- Riesgos de gestión. Fuente de elaboración a partir del informe de monitoreo a cargo de la Oficina de Planeación.

Tipo	Código	Riesgo	Proceso	Descripción
Gestión	GA-143	Posibilidad de pérdida de credibilidad por el inadecuado rearchivo de los documentos devueltos en condición de préstamo.	Gestión Administrativa	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GA-144	Posibilidad de deterioro de los documentos en custodia en el archivo central sin control de las condiciones ambientales.	Gestión Administrativa	Inclusión en el mapa de riesgos institucional
Gestión	GF-83	Posibilidad de realizar transacciones financieras a cuentas que no corresponden al beneficiario del pago o duplicidad en el pago.	Gestión Financiera	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GF-84	Posibilidad de presentación inoportuna de estados financieros a los distintos usuarios	Gestión Financiera	Inclusión en el mapa de riesgos institucional
Gestión	GCOM-16	Posibilidad de pérdida reputacional por uso incorrecto de piezas de comunicación, debido al incumplimiento de requisitos de diseño, estructura, estética y lenguaje claro.	Gestión de la Comunicación	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GSST-16	Posibilidad de pérdida económica por multas y sanciones del ente regulador por falta de ejecución de las actividades, ausencia del seguimiento al ciclo PHVA y falta de cumplimiento de las normativas nacionales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	SIG-19	Posibilidad de afectación reputacional, por no cumplir con las actividades definidas para abordar los cambios relevantes del SIG	Administración del SIG	Actualización del riesgo gestionado en 2024

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS
PRIMER CUATRIMESTRE 2025**

Página 17 de 23

Tipo	Código	Riesgo	Proceso	Descripción
		debido a debilidades en el seguimiento de estas.		
Gestión	SIG-17	Posibilidad de afectación reputacional, por no cumplir con el programa de auditorías internas del SIG debido a que no se cuenta con los recursos disponibles para ejecutarlo	Administración del SIG	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GTH-22	Posibilidad de pérdida reputacional por incumplimiento en la ejecución del Plan de Bienestar Laboral e Incentivos debido a un seguimiento deficiente de la planeación	Gestión del Talento Humano	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GTH-21	Posibilidad de pérdida reputacional por vincular servidores públicos sin la verificación de la totalidad de requisitos, debido a que no se diligencian correctamente los formatos de verificación de requisitos.	Gestión del Talento Humano	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GSF-199	Posibilidad de afectación reputacional y económica por alteración a la validez de los resultados que emiten los laboratorios y organismos de inspección o pérdida de la acreditación, debido al incumplimiento de los controles establecidos	Gestión del Servicio Pericial	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GA-139	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la ejecución presupuestal en procesos contractuales y asignaciones a nivel nacional para la Subdirección de Servicios Forenses, debido a la falta de seguimiento en la ejecución presupuestal	Gestión Administrativa	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GA-136	Posibilidad de afectación reputacional por no proveer oportunamente los servicios metrológicos requeridos para el cumplimiento de la misión del instituto, debido a la ausencia de control del inventario y seguimiento	Gestión Administrativa	Actualización del riesgo gestionado en 2024

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS
PRIMER CUATRIMESTRE 2025**

Página 18 de 23

Tipo	Código	Riesgo	Proceso	Descripción
		de los equipos que requieren control metrológico		
Gestión	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	Gestión Administrativa	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GA-138	Posibilidad de afectación reputacional por compromiso 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.	Gestión Administrativa	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GSF-201	Posibilidad de afectación reputacional debido a la indisponibilidad, inoportunidad, incompletitud e imprecisión de la información estadística que genera el INMLCF, debido a errores humanos en el registro de los datos en los sistemas de información	Gestión del Servicio Pericial	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GSF-198	Posibilidad de afectación reputacional por inoportuna o inadecuada respuesta de solicitudes realizadas por las partes interesadas.	Gestión del Servicio Pericial	Actualización del riesgo gestionado en 2024
Gestión	GSF-210	Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de un EMP o la entrega errada de un cadáver, debido al incumplimiento o inadecuada aplicación de los controles establecidos para tal fin.	Gestión del Servicio Pericial	Inclusión en el mapa de riesgos institucional
Gestión	GSCF-30	Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad en la entrega de productos o resultados acordados por los investigadores debido al inadecuado trámite de las actividades previas y/o seguimiento	Gestión del Conocimiento Científico Forense	Inclusión en el mapa de riesgos institucional

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 19 de 23

Tipo	Código	Riesgo	Proceso	Descripción
		a la ejecución de proyectos de investigación científica.		
Gestión	GSF-209	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento o demora en el procesamiento de muestras o generación de informes o dictámenes, debido a la ausencia de seguimiento a los EMP y casos por procesar o a la indisponibilidad de los equipos requeridos para la pericia.	Gestión del Servicio Pericial	Inclusión en el mapa de riesgos institucional

De la verificación del desempeño de los riesgos de gestión relacionados anteriormente, se pudo establecer que:

- 18 riesgos presentan incidencias en el seguimiento a los riesgos (GA-136, GA-137; GA-144; GAM-7; GCPF-36; GCPF-37; GCOM-16; GPI-14; GPI-15; GSF-198; GSF-199; GSF-201; GSF-209; GSF-210; GTH-22; GF-83; GF-84; GSST-16)
- Para 8 riesgos se recomienda revisar y ajustar controles, no brindan la robustez necesaria para mitigar el riesgo (SIG-16, GA-143; GC-3; GRC-11; GTH-21; GTH-22; GSJ-12; GSST-16).
- La descripción del riesgo para la vigencia 2025 presenta modificación en 15 riesgos que se reportan actualizados, ver tabla No. 5 de este informe.
- En 6 riesgos se evidenciaron acciones cumplidas, sin observaciones (SIG-17; SIG-19; GA-139; GSCF-30; GSEC-38; GTH-21).
- Dos riesgos no cuentan con acción para abordar riesgos (SIG-16; GA-143).
- En una actividad asociada a la NCP -se presenta debilidad para permitir la mitigación del riesgo (GA-136)
- En 4 riesgos se observó el líder del proceso atendió las observaciones realizadas en el informe de seguimiento a los riesgos institucionales a cierre de vigencia 2024 (GA-137; GA-138; GA-139; GSF-199)
- Un riesgo probablemente se materializó a partir de la ineffectividad de sus controles (GAM-7).
- Dos riesgos no cuentan ficha del riesgo (GCOM-16; GF-84)
- Se evidenciaron actividades repetidas y respectivas evidencias en dos acciones para abordar riesgos NCP 1236 y NCP 1238. (GPI-15 y GPI-16)
- Se evidenció para 4 riesgos que el líder del proceso no atendió las observaciones relacionadas en el informe de seguimiento a los riesgos a cierre de vigencia 2024 y de auditoría (GSCF-30; GSST-16; GSST 15 Y GSST 17).
- La segunda línea de defensa no se pronuncia con relación a los seguimientos por fuera del período de seguimiento a los riesgos institucionales primer cuatrimestre 2025

5.3. Riesgos de Seguridad de la información.

Se evidencia que para el primer cuatrimestre del 2025 con corte a 30 de abril de 2025, el proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos continua sin identificar riesgos de seguridad y privacidad de la información, por lo tanto, persiste el incumplimiento a la identificación y gestión de los riesgos conforme a los lineamientos establecidos en la NTC-ISO 27001 que data desde la versión 2013 (norma adoptada por el instituto), 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.

Asimismo, para el período de seguimiento a los riesgos institucionales con corte al 30 de abril de 2025 no fue posible tener acceso al módulo “sistemas” de Isolución, con el fin de verificar los registros relacionados a la identificación de riesgos, controles y acciones para abordar riesgos de seguridad de la información. Es de señalar que para el primer cuatrimestre del 2025 el proceso solo identificó un riesgo, de corrupción, resultados de seguimiento relacionados en el respectivo acapite; los riesgos de gestión GITS-32 y GITS-33 de la vigencia 2024 fueron eliminados sin reporte sobre el particular por parte de la segunda línea de defensa en la fase de monitoreo.

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, información “no allegada” 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:

Imagen 6. Artículo 13. Consolidación del mapa de riesgos. Imagen extraída de la Resolución 1142 de 2022.

Artículo 13. Consolidación del mapa de riesgos. La Oficina de Planeación estará a cargo de consolidar todos los riesgos por proceso. El mapa de riesgo institucional está conformado únicamente por los riesgos inherentes categorizados en el nivel moderado, alto y extremo. La Oficina de Planeación presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el informe del estado del mapa de riesgos institucional como mínimo dos veces al año, a fin de establecer los lineamientos requeridos que permitan cumplir los objetivos de la Política de Gestión del Riesgo establecidos en el artículo 2 de la presente resolución.

El proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos continua sin 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

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 21 de 23	

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.

Conforme a lo anterior, es preciso resaltar como tercera línea de defensa, que se evidencia un incumplimiento reiterado de la normatividad, a las recomendaciones y observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno en vigencias anteriores, manteniéndose lo referenciado en el informe a cierre de vigencia 2024, a numeral 5.2 subnumeral 5.

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 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 a la falta de identificación de riesgos de seguridad de la información**, por lo cual, persiste la necesidad de 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:** El primer cuatrimestre del 2024, arroja como resultado 0% ante el no reporte de posibles actos de corrupción. Se evidencia que no fueron acogidas las recomendaciones del informe a cierre de vigencia del 2024.
3. **Indicador 3. Porcentaje de actividades eficaces para mitigar el riesgo de corrupción:** se reporta un 3.85% de cumplimiento frente al indicador, se reitera la necesidad de analizar el indicador, toda vez que no solo debe relacionarse con el cumplimiento de la actividad, sino como su nombre lo indica las actividades de control deben posibilitar la mitigación del riesgo. Para los riesgos de corrupción se presentan incidencias reportadas en la tabla 3 de este informe. No fue factible verificar las acciones cerradas #1239 y #1247, relacionadas por segunda línea de defensa como soporte a la evaluación de eficacia.
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 3.48%, indicando que 4 de 115 acciones fueron eficaces para la mitigación de riesgos. No fue posible la verificación de las NCP #s 1236,1238,1239 y 1247, cerradas que son soporte en la evaluación de la eficacia.

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS PRIMER CUATRIMESTRE 2025	Página 22 de 23

7. CONCLUSIONES

1. Se realizó el seguimiento a 52 riesgos, 50 fichas de riesgos y 115 acciones para abordar riesgos registradas en el aplicativo Isolución para el primer cuatrimestre del 2025.
2. 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, que persisten incumplimientos reportados en otros informes de seguimiento a la gestión de riesgos de la entidad, requisitos relacionados en la política para la gestión de riesgos, 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, su numeral 5 de este informe de seguimiento a la gestión de riesgos con corte a 2025-04-30. Lo anterior, no permite dar cumplimiento al artículo 4 de la política de gestión de riesgos vigente en cuanto a “...es necesario establecer 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, que persisten procesos sensibles a los cuales no se les ha identificado riesgos de corrupción, para la vigencia 2025, como lo son: Gestión ambiental; Gestión de relacionamiento con la ciudadanía; Gestión de la Planeación Institucional. El proceso de Gestión Financiera no identificó riesgos 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. Aun cuando la segunda línea implementó actividades conjuntas con los líderes de proceso, se observa que no se revisa de manera amplia y suficiente que se estén cumpliendo con las actividades, la aplicación de los controles y la gestión de riesgos sean apropiados y funcionen correctamente, como tampoco que los controles den cobertura de manera adecuada a todo el ciclo de los procesos, para permitir la mitigación del riesgo.
 - c) Se verificaron las actividades de primera y segunda línea de defensa para la gestión de los riesgos institucionales para el primer cuatrimestre de 2025, donde se identificaron debilidades en el monitoreo de los riesgos y gestión de los riesgos, sobre todo en los controles.
3. Se mantiene el incumplimiento con la identificación de riesgos sobre seguridad de la información, sus respectivos controles. Para el primer cuatrimestre 2025 no fue posible acceder al módulo “sistemas” del aplicativo Isolución, como tampoco se informó acerca de las decisiones tomadas respecto a las observaciones efectuadas en el informe de riesgos a cierre de vigencia 2024.

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.

4. Se presentaron cambios, registrados en las 3 versiones del mapa de riesgos institucional que -no cuentan con la documentación de los criterios -para la modificación, actualización y/o eliminación de los riesgos, sobre las circunstancias que originaron los cambios como la adecuación de estos cambios, lo que no permite contar con la trazabilidad de dichas actuaciones; aprobación que reposa en la Oficina de Planeación según procedimiento DG-M-P-022.
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, como se expuso a numeral 5 del presente informe.

6. El riesgo GSST-16, presenta modificaciones en su estructura y controles, aun así, durante dos vigencias presenta hallazgos sobre incumplimientos normativos, es decir denota la materialización del riesgo, pero la decisión es “aceptar” y con ello aumentar el apetito del riesgo, se sugiere revisar, asegurando la robustez de los controles con el fin de evitar nuevamente la materialización del riesgo.
7. Las variaciones que se observan para el apetito del riesgo en los riesgos de gestión, en cada una de las decisiones en sus dos fases, no obedecen a criterios definidos y claros sobre el desempeño de la gestión del riesgo, de la capacidad interna de respuesta de cara a los objetivos, al marco regulatorio de la entidad o las decisiones tomadas por la alta dirección.
8. El informe fue socializado al responsable del monitoreo el día 2025-06-11.

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. Fortalecer las estrategias para un enfoque por procesos y pensamiento basado en riesgos.

Cordialmente,



ROBERTO PABÓN

Jefe Oficina de Control Interno (E)

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Lucila Sicachá – Profesional Especializada Forense – Oficina de Control Interno		2025-06-12
Revisó	Julián Martínez- Profesional Universitario Oficina de Control Interno Roberto Pabón – Jefe (E) Oficina de Control Interno	 	2025-06-12
Aprobó	Roberto Pabón – Jefe (E) Oficina de Control Interno		2025-06-12
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.			