



INFORME DETALLADO DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS

IL-07-2025

**SEGUNDO CUATRIMESTRE DEL 2025
MAYO 01 A AGOSTO 30 DE 2025**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
2025-10-15**

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025		Página 2 de 42

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	6
2. CRITERIOS	6
3. MARCO NORMATIVO	6
3.1 Marco normativo externo	6
4. METODOLOGÍA.....	7
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025- SEGUNDO CUATRIMESTRE.....	9
5.1 Riesgos de corrupción.....	9
5.2 Riesgos de Gestión.	19
5.3. Riesgos de Seguridad de la información.	29
6. ANALISIS DE RIESGOS POR INFORME DE AUDITORIA DEL SIG.....	30
7. ANALISIS DE RIESGOS POR INFORME DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	34
8. GESTIÓN DE INDICADORES.....	39
9. INCUMPLIMIENTOS EVIDENCIADOS.	40
10. CONCLUSIONES.....	41
11. RECOMENDACIONES	42



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 3 de 42

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Procesos que no han identificado riesgos de corrupción.	9
Tabla 2.	Observaciones frente a los riesgos de corrupción I cuatrimestre 2025.	10
Tabla 3.	Resultados de seguimiento de riesgos de gestión segundo cuatrimestre 2025, relación del proceso vs riesgos vs acción para abordar riesgos.	20
Tabla 4.	Relación de no conformidades asociados a la gestión del riesgo segundo cuatrimestre 2025.	30
Tabla 5.	Relación de no conformidades asociados a riesgos de corrupción segundo cuatrimestre 2025.	32
Tabla 6.	Relación de no conformidades asociados a riesgos de gestión segundo cuatrimestre 2025. ...	33

LISTADO DE IMAGÉNES

Imagen 1. Riesgo residual segundo cuatrimestre año 2025	10
Imagen 2. Resultados de aspectos frecuentes en el seguimiento de los riesgos segundo cuatrimestre año 2025.	17
Imagen 3. CalificacióFuente de elaboración propia OFCI.	19
Imagen 4. Medida de respuesta del riesgo de gestión a 2025-08-30.	19
Imagen 5. Resultados de aspectos frecuentes en el seguimiento de los riesgos de gestión segundo cuatrimestre año 2025.....	28



INTRODUCCIÓN

La gestión de riesgos constituye uno de los pilares fundamentales en toda entidad pública, permitiendo asegurar la continuidad operacional, la protección de los activos, el cumplimiento de la normativa legal y reglamentaria, así como la alineación con los objetivos estratégicos definidos.

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993, que establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado, y conforme a lo dispuesto en el Decreto 648 de 2017, que modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, se establecen lineamientos claros para el desarrollo de la gestión de riesgos. El Artículo 17 de este decreto modifica el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, definiendo que las Unidades u Oficinas de Control Interno, o quienes hagan sus veces, deben desempeñar roles estratégicos, con énfasis en liderazgo, prevención, evaluación y seguimiento de la gestión de riesgos, así como en la relación con entes externos de control.

En atención a las actividades definidas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS) para la vigencia 2025, y de acuerdo con las responsabilidades asignadas en el Sistema de Control Interno (SCI), conforme a la Resolución 00031 de 2025, se ha actualizado la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión. Estas acciones se orientan a fortalecer los procesos de gestión del riesgo en diversos ámbitos, tales como corrupción, fiscal, contable, fraude, seguridad y privacidad de la información.

El presente informe se elaboró con el objetivo de evaluar y dar seguimiento a la gestión de riesgos durante el segundo cuatrimestre de 2025. Para ello, se validaron las acciones implementadas para el tratamiento y monitoreo de los riesgos identificados, con el fin de generar recomendaciones y conclusiones que favorezcan la mejora continua, la previsión oportuna de los riesgos y faciliten una adecuada toma de decisiones.



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:

- a. Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo para el segundo cuatrimestre, con corte al 30 de abril de 2025.
- b. Revisar los riesgos materializados durante el segundo cuatrimestre de 2025 y las acciones tomadas para su mitigación.
- c. Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas en informes anteriores.
- d. Verificar el comportamiento de los riesgos, efectividad de controles y acciones establecidas para mitigación, con corte al 30 de abril de 2025.

2. CRITERIOS

En el Instituto, se evalúan y monitorean riesgos de gestión, corrupción, fiscales, fraude, seguridad y privacidad. El proceso inicia al establecer políticas de gestión de riesgos, que guían las acciones para identificar, mitigar y responder a amenazas institucionales. El seguimiento es continuo y lo realizan la segunda línea de defensa (monitoreo de controles) y la primera línea (gestión directa en procesos operativos). Todas estas tareas abarcan el segundo cuatrimestre de 2025, gestionando los riesgos institucionales según las directrices y mecanismos establecidos.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 Marco normativo externo

- a. 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.
- b. 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."
- c. 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.
- d. 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.
- e. Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3 - Roles de la Oficina de Control Interno.
- f. Decreto 1499 de 2017. Capítulo 2 - Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.
- g. 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



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 7 de 42

Ética Pública. Artículo 2.1.4.4.1.1 Ámbito de aplicación. Parágrafo 1.

- h. Numeral 3.2 Condiciones de Seguridad Digital de la 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.
- i. Guía rol de las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces. v3 - 2023.
- j. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 - 2022.
- k. Lineamientos del Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en entidades públicas. Versión 5 de 2025-04-21.
- 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. Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional
- b. Resolución 00031 de 2025-01-16 “Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión”.
- c. 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”.
- d. 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.
- e. Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.
- f. Programa de transparencia y ética pública PTEP 2025-2026.

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 segundo cuatrimestre del 2025 con corte al 30 de agosto, con base a la revisión y análisis, entre otros de la documentación que a continuación se detalla:

De la información solicitada mediante Oficio No. 096-OFCI-DG-2025 del 2025-09-08, sobre solicitud información para elaborar Informe de Riesgos Institucionales Segundo Cuatrimestre 2025, a saber:

A. Del procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-9-022 versión 8, vigente.

- 1. Matriz de monitoreo integral de los riesgos institucionales con corte al 31 de agosto de 2025, acorde al formato DG-E-P-022-F-001 del Procedimiento de Gestión de Riesgos, código DG-E-P022-V8, actividad 7, tarea 6: Entregado por segunda línea de defensa.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 8 de 42

- Matriz de monitoreo de riesgos de seguridad de la información, actividad 7, tarea 6: Información no enviada por segunda línea de defensa, se allega oficio No. 240-SAF-2025 de fecha 2025-09-11.
- Informe de monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información, actividad 7 tarea 1: No enviada por segunda línea de defensa.
- Informe de posibles riesgos materializados, actividad 7 tarea 3: Se allega información.
- Registro de solicitud de publicación en página institucional del informe de monitoreo de los riesgos institucionales: La segunda línea de defensa remite evidencia.
- Informe de seguimiento cuatrimestral a los controles formulados en los riesgos de gestión, actividad 8, tarea 2: La segunda línea de defensa remite la información respectiva.
- Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los riesgos de seguridad de la información, actividad 8, tarea 2: El informe no es allegado para su seguimiento.

B. De la Política de gestión del riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Resolución 001142 de 2022, vigente:

- Reporte sobre las actividades realizadas durante el segundo cuatrimestre del 2025, para promover la cultura de gestión de riesgos a través de la implementación y verificación de los controles definidos en los procesos y acciones generadas en el mapa de riesgos, literal del artículo 2: Se remite evidencia y resultados de acciones emprendidas por la segunda línea de defensa.
- Indicadores formulados por objetivo y respectivos resultados de medición, según parágrafo del artículo 2. Adjuntar las evidencias fuente para su resultado: La información fue allegada por la segunda línea de defensa.
- Se informe cuáles riesgos se han transversalizado durante el período, según lo relacionado al literal a del parágrafo 1 del artículo 1: Información enviada por segunda línea de defensa.
- Informar sobre los resultados de los riesgos gestionados en su jurisdicción por Regional, según parágrafo 2 del artículo 13: La segunda línea informó al respecto.

C. De la Política de gestión del riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Resolución 00031 de 2025, vigente:

- Orientaciones realizadas durante el cuatrimestre para la gestión del riesgo, según numeral 5, literal c de responsabilidades: La segunda línea de defensa, reportó acompañamiento a los procesos.
- Conceptos emitidos durante el período, referentes a riesgos y seguridad de la información del Instituto, para toma de decisiones por parte de la instancia definida, del numeral 6 literal b.: Fue enviado el listado de conceptos realizados durante el período, pero no se cuenta con información sobre resultados y/o acciones de seguimiento sobre la adopción o no.

D. Recomendaciones de los Informes de Seguimiento de Riesgos Institucionales

- Reporte de nivel de avance de las acciones emprendidas acorde a los resultados de los informes de seguimiento del segundo cuatrimestre de 2025: La segunda línea de defensa remitió la información correspondiente.



Para el seguimiento a la Gestión de los Riesgos en el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 30 de agosto 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 segundo cuatrimestre, publicado como aparece en la siguiente URL <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos>, para el segundo cuatrimestre se definieron 54 riesgos, 21 riesgos de corrupción y 33 riesgos de gestión, que en su totalidad cuentan con ficha del riesgo y 523 acciones asociadas para abordar riesgos registradas en el aplicativo Isolucion, con los resultados que a continuación se detallan:

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

5.1 Riesgos de corrupción.

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

De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6, página 86, se realizó un seguimiento detallado a los riesgos de corrupción. El proceso incluyó el análisis de las causas, la identificación de los riesgos de corrupción y la evaluación de la efectividad de los controles presentes en el mapa de riesgos.

Se identificaron un total de 21 riesgos de corrupción asociados a 13 procesos institucionales. La evaluación permitió constatar la existencia de procesos sensibles en los que, para el período de medición señalado, aún no se han identificado riesgos de corrupción.

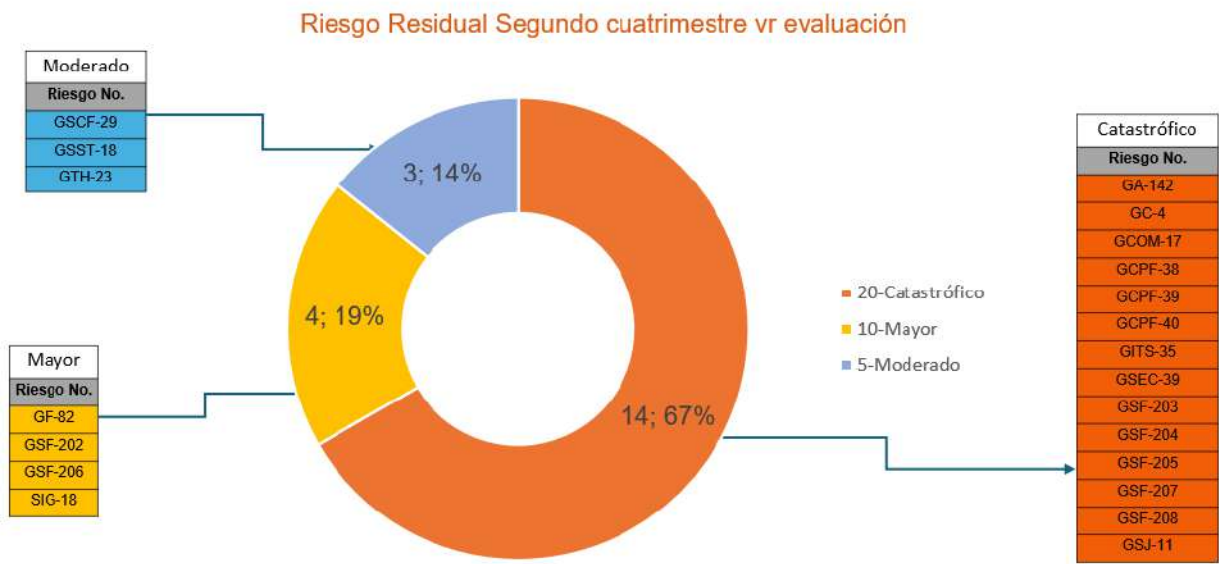
Este seguimiento evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la identificación de riesgos en aquellos procesos que, por su naturaleza, pueden ser vulnerables a hechos de corrupción y que aún no cuentan con controles o análisis de riesgo específicos en el mapa institucional, así:

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

Se pudo establecer que se da cumplimiento a la evaluación y valoración de riesgos posterior a la aplicación de controles por parte de la primera y segunda línea de defensa, con el resultado representado en la imagen #1, así:

Imagen 1. Riesgo residual segundo cuatrimestre año 2025 – Fuente de elaboración propia a partir de información contenida en el módulo de riesgos de corrupción del aplicativo Isolución.



Anexo al Oficio No. 00095-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-09-15 se informan cambios realizados por los lideres de proceso, no obstante, no es posible verificar las circunstancias que originaron los cambios como la adecuación de estos. Se pudo constatar que continúan sin ser 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).

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:

Tabla 2. Observaciones frente a los riesgos de corrupción II cuatrimestre 2025. 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-142	1246	Posibilidad de que, por acción u omisión, se pierdan elementos bajo custodia del Grupo	La acción se encuentra en ejecución, pero con un avance nulo en la actividad #2: "Realizar toma física anual de todos los elementos en bodega, verificando



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 11 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios, para beneficio propio o de un tercero.	que no existan sobrantes ni faltantes". No es claro como los almacenes de las diferentes sedes aplican controles sobre este riesgo y/o como se transversaliza este. Los controles de revisión selectiva de inventarios y de autorización de ingreso a la bodega son preventivos y adecuados.
GSF-202	1235	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.	La acción se encuentra en ejecución y ha registrado seguimiento a las actividades programadas. El control de la acción es de tipo preventivo. No obstante, los controles relacionados en la ficha técnica del riesgo no cuentan con actividades que permitan identificar casos de posibles conflictos de interés, que se hayan presentado y resuelto, de manera que puedan considerarse puntos específicos para trabajar en próximas campañas.
GSF-204	1240	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.	El seguimiento de la primera actividad está por fuera de período de corte (5 de septiembre de 2025). Los controles de las acciones complementan los registrados en los procedimientos y contemplados en la ficha del riesgo. No obstante, en la tabla de seguimiento de las actividades que se adelantan, se evidencia que algunas áreas no cumplen y/o parcialmente, pero no se suministra la información sobre las acciones adelantadas para garantizar el cumplimiento de las directrices emanadas por parte del dueño del proceso. La Oficina de Planeación no se pronuncia al respecto. Las evidencias que soportan las actividades no cuentan con fecha ni datos de quien elabora y aprueba.
GC-4	Antes NCP#1230. Cambió a	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dadiva por favorecimiento a un proponente al establecer requisitos de selección que no	La acción para abordar el riesgo anterior (No. 1230) fue declarada "no eficaz". La nueva acción (No. 1280) presenta un avance del 50%, lo que muestra un progreso, pero aún incompleto. sin embargo, al revisar en Isolucion no se encuentra claridad en la justificación de cierre de la acción como tampoco es claro como la nueva acción mitiga o reduce el riesgo

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

Página 12 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
	NCP #1280.	atienden a la normatividad vigente	de manera eficaz y efectiva, toda vez que la acción corresponde a una aplicación de tipo normativo y de obligatorio cumplimiento. El control de verificación y análisis de requisitos por parte de un equipo estructurador es crucial para garantizar la objetividad, sin embargo, este control es de obligatorio cumplimiento según las normas que rigen la contratación estatal, los controles implementados para la reducción del riesgo deberían ser posteriores a esto. El manual de contratación describe los requisitos habilitantes y el procedimiento DG-A-P-114 cuenta con los controles, se recomienda verificar si todas las etapas de la gestión contractual se encuentran cubiertas y de requerirse ampliar estos.
GSF-203	1239	Posibilidad de que, por acción u omisión, se cambie, pierda o altere un EMP para beneficio propio o de un tercero.	Los seguimientos se realizan en el mes de mayo y son soportados con evidencias de primer cuatrimestre (enero, febrero) se hicieron seguimientos de primera línea posterior a la fecha de corte de monitoreo de riesgos (30 de agosto). Se anexa como evidencia oficio del año 2022. Se dejan evidencias sobre controles que no cuentan con la debida trazabilidad en el tratamiento del riesgo. En la tabla de seguimiento de las actividades que se adelantan, se evidencian que algunas áreas no cumplen y/o parcialmente, pero no se suministra la información sobre las acciones adelantadas para garantizar el cumplimiento de las directrices emanadas por parte del dueño del proceso. La Oficina de Planeación no se pronuncia al respecto. En la auditoría AI-SCI-02-2025 Gestión del Servicio Pericial- Manejo de cadáveres. registra debilidades en los controles.
GSF-205	1241	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	Cuenta con tres actividades, la tercera esta vencida, a cargo del Grupo Nacional de Clínica Forense. Los controles de las acciones complementan los registrados en los procedimientos y contemplados en la ficha del riesgo. No obstante, en la evidencia tabla de seguimiento de las actividades que se adelantan, se evidencia que algunas áreas no cumplen y/o parcialmente, pero no se suministra la información sobre las acciones adelantadas para garantizar el



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 13 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		de un tercero.	cumplimiento de las directrices emanadas por parte del dueño del proceso. La Oficina de Planeación no se pronuncia al respecto. El control es manual sobre el uso del papel de seguridad por parte de los directores regionales es susceptible a fallas. Se sugiere evaluar la posibilidad de un control automatizado de la trazabilidad del papel desde su entrada hasta su uso. Las evidencias que soportan las actividades no cuentan con fecha ni datos de quien elabora y aprueba.
GSF-207	1243	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	Cuenta con un actividad y respectivos seguimientos en términos establecidos por la entidad. La actividad registrada en la acción representa un control preventivo que complementa lo controles definidos en la ficha del riesgo. No obstante, estos no se comunica las desviaciones presentadas durante el período de manera que permita la generación de acciones a través de lecciones aprendidas. Los controles de publicación de la gratuidad de los servicios y la disposición de canales de comunicación para denuncias son adecuados. Sin embargo, la OFCI en sus recientes informes de ley presentados a la ciudadanía, advirtió que el canal dispuesto como líneas telefónicas de atención al ciudadano y línea anticorrupción no mantienen disponible 100%, y en el marco de la verificación de dichos informes se encontraban sin funcionar, porque se encuentran asociadas a un plan por minutos y cuando se acaba la bolsa de minutos ya los ciudadanos no pueden acceder a esos canales, es decir que ese control pierde su efectividad y no asegura que las denuncias sean gestionadas de forma oportuna.
GSF-208	1244	Posibilidad de entregar información confidencial o sujeta a reserva, para beneficio propio o de un tercero	La acción cuenta con actividades gestionadas a términos como lo ha estimado la entidad. La eficacia reside en el monitoreo constante y en la trazabilidad de los accesos. Se hace necesario verificar que los registros de acceso no solo existan, sino que se auditen de forma periódica.

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

Página 14 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
			Los controles en la acción (OPR) son débiles de cara a lo registrados en la ficha de riesgo. Aun cuando corresponde al tercer cuatrimestre, se requiere verificar y ajustar los controles frente a los sucesos reportados por medios: https://caracol.com.co/2025/09/11/a-prision-funcionario-de-medicina-legal-que-cobraba-entre-20-mil-y-100-mil-por-informacion-sobre-cadaveres/ . Es pertinente no realizarlo a finalizar la vigencia, sino por el contrario, visibilizar de manera inmediata las acciones que eviten la ocurrencia en otras sedes.
GSF-206	1242	Posibilidad de presión, influencia indebida y recepción de dádivas para alterar la gestión de las solicitudes, para beneficio propio o de un tercero.	Cuenta con un actividad y respectivos seguimientos en términos establecidos por la entidad. La actividad registrada en la acción representa un control preventivo que complementa lo controles definidos en la ficha del riesgo. No obstante, estos no se comunica las desviaciones presentadas durante el período de manera que permita la generación de acciones a través de lecciones aprendidas.
GITS-35	1248	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.	La acción no cuenta con los seguimientos por parte de la responsable de la actividad. Se requiere tomar medidas, debido que a la fecha la gestión de la acción para mitigar el riesgo está conllevando al incumplimiento de la gestión del riesgo. Presenta posible materialización conforme a lo reportado en auditoría del SIG al servicio de metrología.
GTH-23	1228	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	La acción cuenta con el seguimiento, sin embargo, no se evidencia el producto del control. La actividad planteada en la acción" realizar un informe", no complementa los controles establecidos en la ficha de riesgo, lo que puede llegar a comprometer la efectividad de estos frente al tratamiento del riesgo.
GSST-18	1227	Posibilidad de pérdida de información o de la historia clínica laboral para beneficio propio o	La acción está en ejecución, pero no se ha registrado avance en la única actividad planeada para el período de corte de segundo cuatrimestre (30 de agosto de 2025).



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 15 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		de un tercero.	La actividad planteada en la acción" realizar un informe", no complementa los controles establecidos en la ficha de riesgo, lo que puede llegar a comprometer la efectividad de estos frente al tratamiento del riesgo.
GCOM-17	1229	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.	La acción se encuentra en ejecución, para el segundo cuatrimestre no registró seguimiento, como lo establece el procedimiento Institucional de Código DG-M-P-14 Gestión de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora. El control de verificación de la parrilla de publicaciones y de los proyectos de comunicados es adecuado. Se debe revisar como es el proceso de aprobación y verificación para asegurarse de que no haya omisiones o favoritismos. Se debe verificar que el contenido de los comunicados sea preciso y no sea utilizado para beneficio personal o de terceros.
GCPF-38	1220	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.	La acción se encuentra en ejecución y cuenta con los seguimientos a las actividades. La diligencia de los formatos de confidencialidad, imparcialidad y conflicto de interés es un control clave; no obstante, se sugiere establecer un control para verificar que la información registrada sea veraz.
GCPF-39	1221	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	La acción se encuentra en ejecución y cuenta con los seguimientos a las actividades. Se sugiere establecer informes periódicos sobre el comportamiento de los controles criptográficos, la evidencia de la vigencia del certificado SSL, y los registros de los acuerdos de confidencialidad.
GCPF-40	1222	Posibilidad de que por presión o influencia indebida (interna o	La acción se encuentra en ejecución y cuenta con los seguimientos a las actividades.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 16 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		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.	Los controles se encuentran definidos en gran medida en los procedimientos de proceso. No obstante, se sugiere consolidar datos que evidencie grado de avance en su aplicación y eficacia, teniendo en cuenta la relevancia del proceso.
GF-82	1247	Posibilidad de que, por acción u omisión, se generen obligaciones presupuestales no programadas en la solicitud de PAC, favoreciendo a terceros para beneficio propio.	La acción cuenta con los seguimientos establecidos por la entidad. Los controles definidos en la ficha del riesgo son de carácter preventivo y se encuentran operando.
GSCF-29	1225	Posibilidad de asignar recursos a proyectos de investigación científica o capacitación para beneficio propio o de un tercero	Los seguimientos se registraron posterior al corte de monitoreo y seguimiento a los riesgos (30 de agosto de 2025). Los controles definidos en la ficha del riesgo son de carácter preventivo y se encuentran operando.
GSEC-39	1224	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.	No se realiza el seguimiento por parte de esta área, dado que esta función corresponde al proceso de control interno, lo cual garantiza la independencia necesaria y previene la evaluación del propio trabajo.
GSJ-11	1231	Posibilidad que los profesionales con funciones jurídicas lesionen por acción u omisión los intereses de la entidad mediante el uso indebido del	La acción cuenta con dos actividades, una de ella registra seguimiento fuera del período de medición (8 de septiembre de 2025). Las evidencias aportadas en términos para la actividad 1 de la acción no cuenta con fechas que relacionen la realización de esta. El control #1 de la ficha de riesgo, se basa en las



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

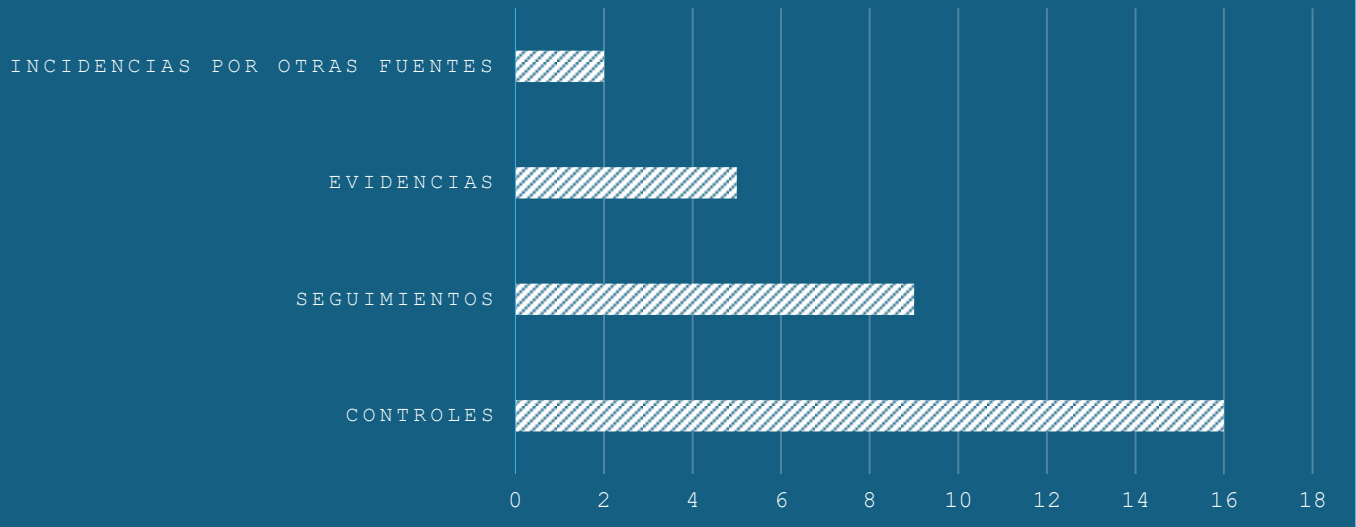
Página 17 de 42

Código	Acción Isolución	Riesgo	Observaciones Oficina de Control Interno
		cargo, de la investidura y de la información, para la obtención de un beneficio propio o para favorecer a un tercero	acciones que por Ley debe realizar el profesional en derecho, en ese sentido el control debe extenderse a la verificación del cumplimiento de estas. Para el control #2 de la ficha del riesgo, se concentra en la jefatura, pero no establece responsable en regionales, o si existe otra persona delegada para realizar la actividad, puede conllevar a materializar el riesgo o ineffectividad del control, debido a que se incurra en incumplimiento de las acciones del abogado.
SIG-18	1216	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.	La acción cuenta con el seguimiento, sin embargo, no se evidencia el producto definido en la actividad.

De la verificación del desempeño de los riesgos de corrupción relacionados anteriormente, se pudo establecer el siguiente comportamiento tras la aplicación de controles, así:

Imagen 2. Resultados de aspectos frecuentes en el seguimiento de los riesgos segundo cuatrimestre año 2025. Fuente de elaboración propia.

RESULTADOS DE ASPECTOS FRECUENTES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN-SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025.-



Se identificaron incidencias a partir de otras fuentes como lo son noticias de prensa y resultados de auditorías, así:

- El Riesgo GSF –208 Requiere de atención inmediata, los controles en la acción (OPR) son débiles de cara a lo registrados en la ficha de riesgo, lo anterior si bien el evento se presenta posterior al corte del segundo cuatrimestre durante el seguimiento se requiere verificar y ajustar los controles frente a los sucesos reportados por medios: <https://caracol.com.co/2025/09/11/a-prision-funcionario-de-medicina-legal-que-cobraba-entre-20-mil-y-100-mil-por-informacion-sobre-cadaveres/>. Es pertinente no realizarlo a finalizar la vigencia, sino por el contrario, visibilizar de manera inmediata las acciones que eviten la ocurrencia en otras sedes.
- El Riesgo GSF –203, a partir de la auditoria AI-SCI-02-2025, registra debilidades en controles.
- No conformidad establecida en auditoría al SIG AI-SIG-01-2025: “2.1. *“No todo el sistema de gestión de la información del laboratorio está protegido contra acceso no autorizado, ni está salvaguardado contra manipulación indebida y perdida”*. La oficina de Control Interno establece como posible riesgo asociado: GITS-35, del proceso de Tecnologías de la Información, se evidencia la ineffectividad del control “Tamizar e identificar la necesidad para controlar que se requiere y quién lo requiere para dar respuesta a la solicitud”. Se requiere ajustar el control y verificar su aplicación, para garantizar que la información y datos relacionados a las actividades desarrolladas por el proceso de Gestión Administrativa -Metrología no aumenten la probabilidad de vulneración al proceso del Servicio Pericial.

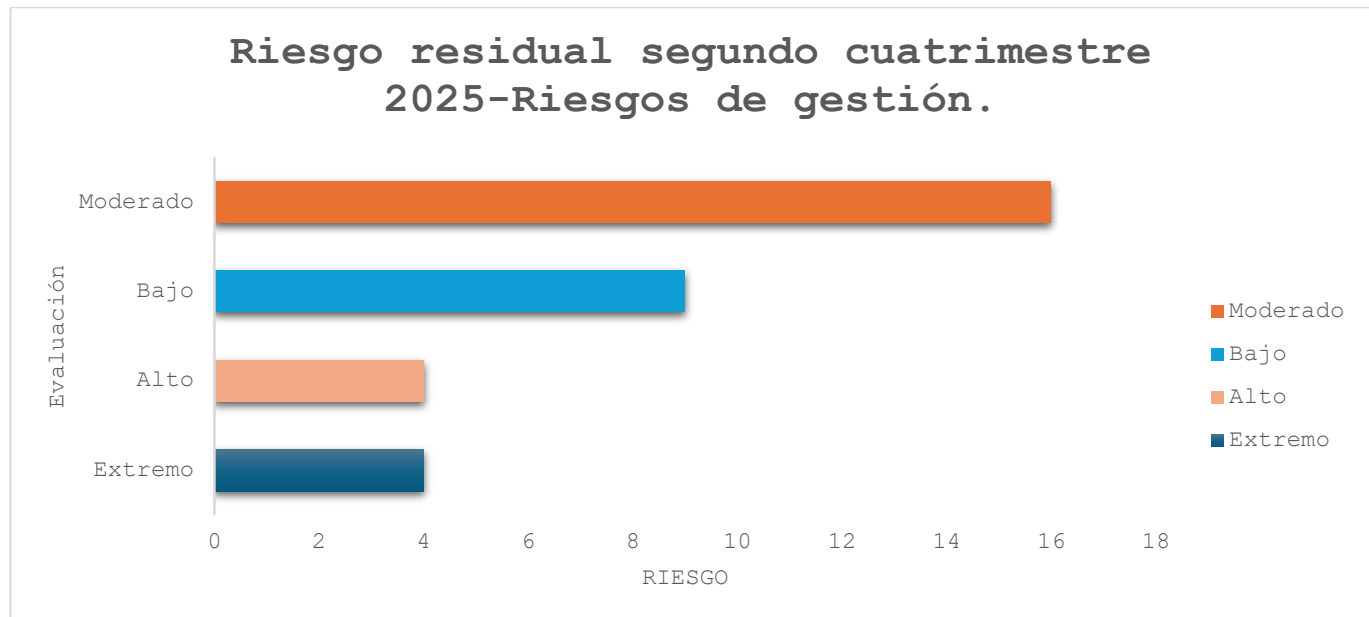


Asimismo, se identificaron debilidades en las evidencias que soportan las actividades que a su vez complementan los controles registrados en las respectivas fichas de riesgo. Encontrando además que en 9 de 21 riesgos de corrupción no se realizan los seguimientos a las acciones como lo establece la entidad, en 16 de los 21 riesgos se requiere revisar los controles y ajustar si lo considera viable el dueño del proceso.

5.2 Riesgos de Gestión.

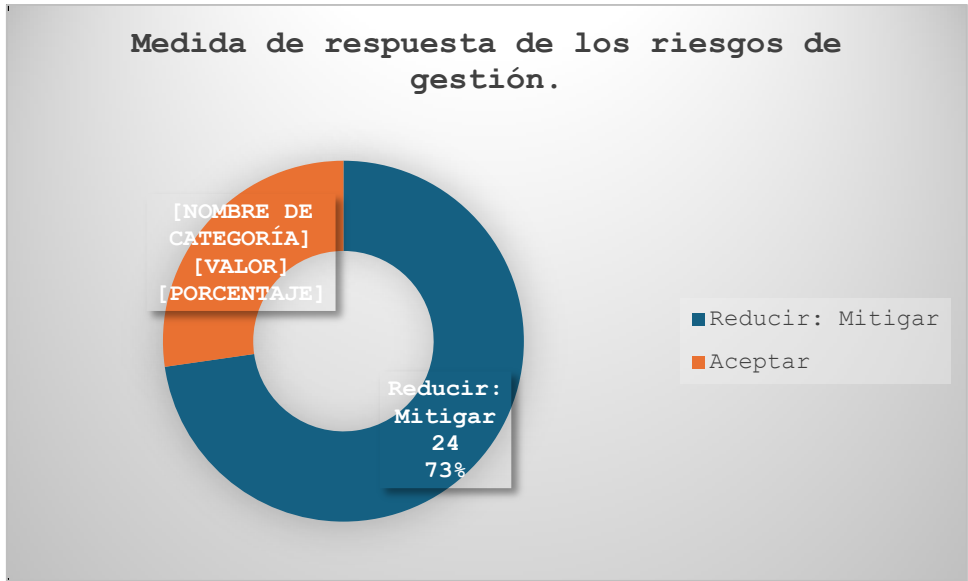
Para el período de medición se observó que calificación inicial: Riesgo inherente y tras la valoración del riesgo, posterior a la aplicación de controles, es decir el riesgo residual, presentó el siguiente comportamiento:

Imagen 3. Calificación vs valoración del riesgo de gestión a 2025-08-30. Fuente de elaboración propia OFCI.



Como medida de respuesta frente la entidad ha definido: aceptar. Reducir: mitigar. A continuación, se presenta el comportamiento en la fase de valoración de los riesgos de gestión, posterior a la aplicación de controles, así:

Imagen 4. Medida de respuesta del riesgo de gestión a 2025-08-30. Fuente de elaboración propia OFCI.



En cuanto al apetito de riesgo la entidad tiene como criterio “aceptar” pero las variaciones que se observan 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, estas no han sido documentadas de manera amplia y suficiente.

Tabla 3. Resultados de seguimiento de riesgos de gestión segundo cuatrimestre 2025, relación del proceso vs riesgos vs acción para abordar riesgos. Fuente de elaboración propia Oficina de Control Interno.

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
SIG-16	Posibilidad de afectación reputacional, por uso de formatos obsoletos o que no hacen parte del SIG porque no se consultan los documentos vigentes en ISOLUCIÓN.	-	No presenta observaciones por parte de la OFCI, para el segundo cuatrimestre.
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	1215	Cuenta con los seguimientos como lo establece la entidad.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 21 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
SIG-19	Posibilidad de afectación reputacional, por no cumplir con las actividades definidas para abordar los cambios relevantes del SIG debido a debilidades en el seguimiento de estas.	1217	Cuenta con el seguimiento como lo establece la entidad, sin embargo, la evidencia corresponde a informe del primer cuatrimestre no del segundo.
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 de los equipos que requieren control metrológico	1255	La actividad en la acción presenta los seguimientos conforme lo establece la entidad. Los controles son de tipo preventivo en la ficha del riesgo alineado con lo establecido en la actividad de la acción. Es importante revisar posibles escenarios de desviación, que permitan la intervención temprana de cara a la actualización de procedimientos.
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.	1256	La actividad en la acción presenta los seguimientos conforme lo establece la entidad. No obstante, el segundo seguimiento se realizó después del corte del segundo cuatrimestre al seguimiento de los riesgos. Se requiere ajustar el control y verificar su aplicación, para garantizar que la información y datos relacionados a las actividades desarrolladas por el proceso de Gestión Administrativa -Metrología no aumenten la probabilidad de vulneración al proceso del Servicio Pericial.
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.	1257 se cambia por la 1275	Se abre la OP1275 en reemplazo de la 1257, el segundo seguimiento de las actividades es posterior a la fecha de corte del segundo cuatrimestre a la gestión de riesgos. Aun cuando las actividades de

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

Página 22 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
			las acciones complementan los controles de la ficha del riesgo, las evidencias son débiles y/o nulas, no permitiendo el grado de avance esperado. Se requiere ejecutar las actividades en los plazos establecidos o bien replantear la acción.
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	1254	El seguimiento se realiza posterior al corte de seguimiento a los riesgos segundo cuatrimestre. Se sugiere la revisión de controles de cara a los informes de seguimiento a la ejecución presupuestal - Apropiación bloqueada, con el fin de generar acciones que eviten su crecimiento
GA-143	Posibilidad de pérdida de credibilidad por el inadecuado rearchivo de los documentos devueltos en condición de préstamo.	-	Los controles se encuentran establecidos en el procedimiento. No se define acción. No se verifica por parte de la segunda línea de defensa se aplique el control establecido en la ficha del riesgo.
GA-144	Posibilidad de deterioro de los documentos en custodia en el archivo central sin control de las condiciones ambientales.	1269	Las evidencias que soportan las actividades de mayo corresponden al primer cuatrimestre de 2025. No se da cumplimiento a la aplicación del control, lo que puede conllevar al deterioro documental y no garantizar la adecuada gestión de archivos.
GA-145	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.	1274	Los seguimientos se re realizan el 29 de septiembre, posterior a la fecha de corte al seguimiento de los riesgos del segundo cuatrimestre (30 de agosto).



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 23 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
			Los controles se deben verificar cara a los resultados de auditoría.
GA-146	Posibilidad de afectación reputacional por compromiso de la validez de los resultados de calibración de los equipos, por la utilización de resultados provenientes de la calibración de equipos propios sin los debidos controles de imparcialidad (Conflicto de Interés).	1279	Los seguimientos se realizan posterior a la fecha de corte al seguimiento de los riesgos segundo cuatrimestre. En la ficha del riesgo no se establecieron controles. No se cuenta con directriz que indique cuando no establecer controles a los riesgos y/o que no apliquen en la ficha de riesgo.
GAM-7	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de la normatividad ambiental aplicable debido al no desarrollo de las estrategias de gestión ambiental diseñadas para mitigar y reducir los aspectos e impactos ambientales del INMLCF	1268	Cuenta con los seguimientos de acuerdo con lo establecido en la entidad. Cuenta con los controles y están operando.
GC-3	Posibilidad de afectación económica por un inadecuado control y seguimiento a la ejecución de los contratos o convenios de conformidad con la normatividad vigente, debido a la recepción de bienes y servicios que no cumplen con lo establecido en el contrato	Fue cerrada 1232 y se abrió la No.1278	Las actividades que hacen parte de la acción cuentan con los seguimientos respectivos, la acción No. 1232 fue cerrada y se abrió la 1278. La ficha del riesgo no establece un control adecuado, que permita la mitigación del riesgo, como tampoco aplica lo establecido por la entidad en cuanto a los atributos del control. Se debe revisar y ajustar
GCPF-36	Posibilidad de pérdida de credibilidad en el proceso de Certificación de Peritos Forenses, por incumplimiento en el diseño y desarrollo del proceso de Certificación Peritos Forenses.	1219	Cuenta con los seguimientos de acuerdo con lo establecido en la entidad. No obstante, no cuenta con las evidencias que permitan corroborar se llevó a cabo la actividad.

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

Página 24 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
GCPF-37	Posibilidad de pérdida de credibilidad en el proceso de Certificación de Peritos Forenses, por falla en el Sistema de Información de Certificación de Peritos Forenses (CERTIFORENSE) en la aplicación de los instrumentos de evaluación.	1218	Cuenta con los seguimientos de acuerdo con lo establecido en la entidad. No obstante, no cuenta con las evidencias que permitan corroborar se llevó a cabo la actividad.
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.	1273	La acción cuenta con los seguimientos conforme lo establece la entidad, sin embargo, las evidencias de la primera actividad no cuentan con la trazabilidad que permita corroborar se realizaron las actividades. La ficha del riesgo concentra la actividad de control en el coordinador del nivel nacional y no especifica controles puntuales sobre los aspectos críticos del proceso, lo que puede conllevar a que el riesgo tenga un alto grado de probabilidad para su materialización.
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.	1266	Cuenta con los seguimientos conforme lo establece la entidad. En la auditoria AI-SCI-04-2025 Gestión Contractual, se identificó "Riesgo identificado en el mapa de riesgos Numero 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." Por lo anterior se recomienda revisar la efectividad de los controles, relacionados con el indicador estratégico y revisar las posibles causas". No

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

Página 25 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
			se evidenciaron acciones emprendidas a partir de este hallazgo.
GPI-15	Posibilidad de afectación económica, por la baja ejecución de los proyectos de inversión, debido a la inadecuada programación e incumplimiento en la ejecución de los recursos y las metas programadas.	1236	La acción cuenta con los seguimientos conforme lo establece la entidad. Los controles existen y están operando.
GPI-17	Posibilidad de afectación reputacional por una ejecución de los proyectos de inversión que no atiende a la viabilidad técnica emitida por el Departamento Nacional de Planeación	1238	Las actividades que hacen parte de la acción cuentan con los seguimientos respectivos. Los controles existen y están operando.
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 a la ejecución de proyectos de investigación científica.	1265	Los seguimientos se encuentran por fuera del período de medición a los riesgos institucionales segundo cuatrimestre 2025, lo que no permitió validar la operación de los controles.
GRC-11	Posibilidad de pérdida de imagen institucional por incumplimiento en los tiempos de respuesta a las PQRS, debido a la ausencia de mecanismos efectivos de control y seguimiento.	1233	Se realizan los seguimientos en el aplicativo como lo establece la entidad. Sin embargo, la evidencia de la actividad 2 no se alinea con lo establecido "Hacer reuniones". Este proceso cuenta con reporte de incumplimientos a partir del informe de Ley IL-08-2025, lo que conlleva a inferir que la aplicación de controles no es eficaz, lo que no permite una adecuada mitigación del riesgo.
GSF-198	Posibilidad de afectación reputacional por inoportuna o inadecuada respuesta de solicitudes realizadas por las partes interesadas.	1261	Las actividades cuentan con los seguimientos (mayo 2025), no obstante, las evidencias no registran fecha que permita corroborar corresponde al período de medición (segundo cuatrimestre).

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

Página 26 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
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.	1253	Las actividades cuentan con los seguimientos establecidos por la entidad. Cuenta con controles y están operando.
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	1259	Las actividades cuentan con los seguimientos establecidos por la entidad. Cuenta con controles y están operando.
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.	1267	Cuatro de las cinco actividades no cuentan con seguimientos como lo establece la entidad.
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.	1264	La acción #1264 cuenta con los seguimientos establecidos por la entidad. En la matriz de monitoreo no se registra por parte de la segunda línea de defensa lo contenido en el Oficio No. 00095-OFPL-DG-2025 de fecha 2025-09-15, posible materialización del riesgo y se deriva hacia las acciones correctivas 3612 y 3613, que si bien se abrieron en 2025-09-08 requiere de intervención inmediata en cuanto a los controles. Se evidencia ineffectividad en los controles, requiere de la revisión e intervención inmediata para



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 27 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
			evitar nuevamente su ocurrencia con alcance transversal.
GSEC-38	Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad en las actividades de Control Interno debido a los insuficientes recursos y rotación del personal para su realización	1223	La oficina de Control interno no se pronuncia sobre este riesgo, teniendo en cuenta que corresponde al proceso de control interno, lo cual garantiza la independencia necesaria y previene la evaluación del propio trabajo.
GTH-21	Posibilidad de pérdida reputacional por incumplimiento en la ejecución del Plan de Bienestar Laboral e Incentivos debido a un seguimiento deficiente de la planeación	1251	El seguimiento se realiza posterior al corte de seguimiento a los riesgos segundo cuatrimestre.
GTH-22	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.	1250	La actividad cuenta con el seguimiento, pero no se cuenta con la evidencia que permita corroborar se llevó a cabo la actividad.
GF-83	Posibilidad de realizar transacciones financieras a cuentas que no corresponden al beneficiario del pago o duplicidad en el pago.	1270	Cuenta con los seguimientos conforme lo establece la entidad. Cuenta con los controles y están operando. A partir de la auditoría financiera se reporta posible materialización del riesgo.
GF-84	Posibilidad de presentación inoportuna de estados financieros a los distintos usuarios	1272	Cuenta con los seguimientos de acuerdo con lo establecido por la entidad, no obstante, la evidencia de la actividad dos corresponde a un listado que no cuenta con resultados sobre el seguimiento. El control de la ficha del riesgo no cuenta con los atributos que debe tener un control conforme lo ha establecido la entidad, lo que puede aumentar la posibilidad de la materialización del riesgo.

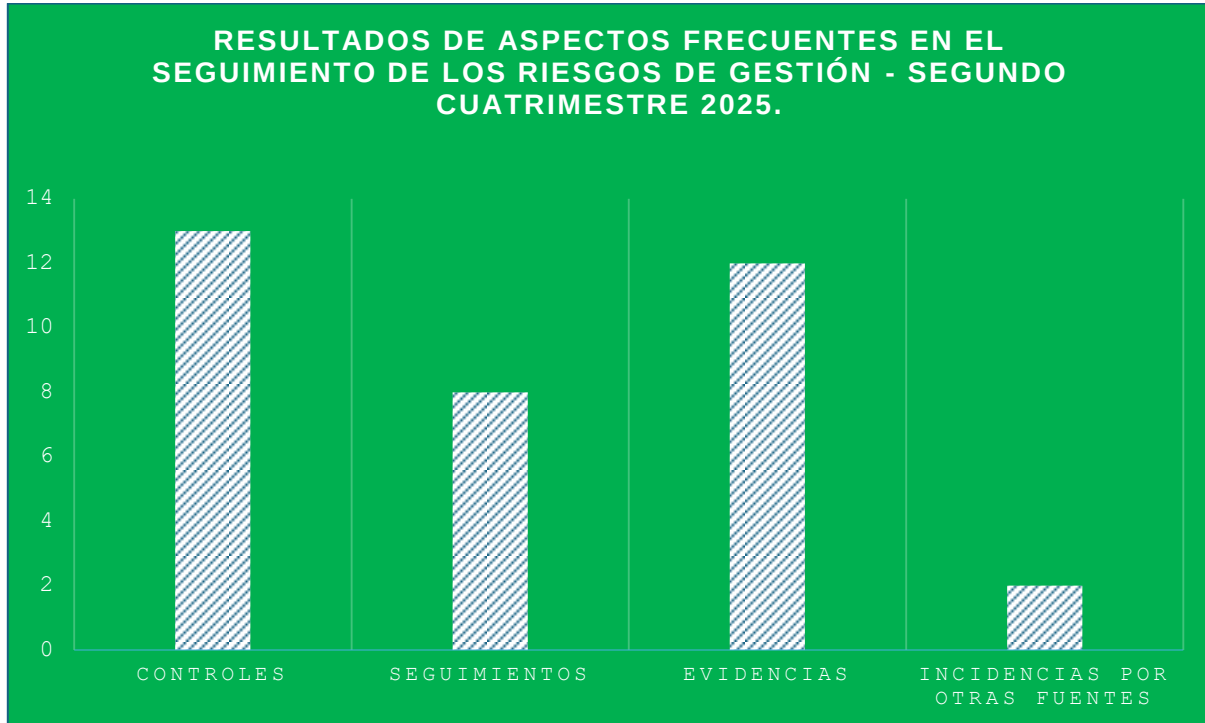
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS
SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025**

Página 28 de 42

Número	Nombre Riesgo	Acciones de control	Observaciones Oficina de Control Interno.
GSJ-12	Posibilidad de pérdida reputacional en los procesos administrativos, judiciales y extrajudiciales a cargo de los abogados con funciones jurídicas, debido al incumplimiento de los términos legales	1234	Cuenta con los seguimientos requeridos, no obstante, las evidencias de la actividad 2 no cuentan con fecha que permita corroborar se haya ejecutado durante el segundo cuatrimestre de 2025. Los controles en la ficha del riesgo no cumplen con los atributos establecidos por la entidad, se debe revisar y ajustar. Se realizó sugerencia sobre nuevo riesgo a partir de informe de Ley al sistema único de gestión e información de la actividad litigiosa del estado E-KOGUI, pero no se reporta acción emprendida o decisión tomada.
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).	1252	Los seguimientos se realizan posterior a la fecha de corte al seguimiento de los riesgos segundo cuatrimestre.

Posterior a la verificación de cada riesgo, las acciones, controles y evidencias que respaldan las actividades, se presenta a continuación los resultados de aspectos frecuentes conforme a las variables descritas:

Imagen 5. Resultados de aspectos frecuentes en el seguimiento de los riesgos de gestión segundo cuatrimestre año 2025. Fuente de elaboración propia.



Se identificaron debilidades en 13 controles de los 33 riesgos de gestión, atribuibles a la falta de adecuación de controles, que permita la mitigación del riesgo, como tampoco aplica lo establecido por la entidad en cuanto a los atributos del control y a la posible materialización de los riesgos GF-83(Gestión Financiera) y GSF-210 (Gestión del Servicio Percial), este último pese a que el evento se reportó posterior a la fecha de corte del segundo cuatrimestre a la medición de riesgos institucionales, requiere de su inmediato abordaje para evitar nuevamente su ocurrencia en otras sedes del Intstituto. Asimismo, se evidenció se siguen presentando seguimientos posterior a la fecha de corte o no se hacen en su totalidad, influyendo en el avance de la gestión de las acciones para abordar riesgos. En 12 de los casos, las evidencias no soportan las actividades planteadas, algunas no cuentan con fecha o bien no se adjuntan para permitir se corrobore se realiza la actividad. Los controles presentan debilidades como se expone en los numerales 6 y 7 de este documento, conforme a los resultados de auditorias internas del SIG y del Sistema de Control Interno.

En informe de Ley IL-03-2025 Informe de seguimiento a la austeridad y eficiencia del gasto, se registró sugerencia sobre “Evaluar la posibilidad de identificar los riesgos relacionados con el cumplimiento de las Políticas de austeridad y eficiencia del gasto público, como una gestión preventiva y para la eficacia de las metas establecidas”, pero no se evidencia se haya analizado y/o atendido esta.

5.3. Riesgos de Seguridad de la información.

Para el segundo cuatrimestre del 2025 con corte a 30 de agosto de 2025, el proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos solo ha identificado un riesgo de corrupción (GITS 35) pero, persiste el incumplimiento a la identificación y gestión de los riesgos conforme a los lineamientos establecidos en la NTC-ISO 27001:2022 (norma adoptada por el instituto), lo proferido por MINTICs y



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 30 de 42

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 agosto de 2025 no fue posible tener acceso al módulo “sistemas” de Isolación, con el fin de verificar los registros relacionados a la identificación de riesgos, controles y acciones para abordar riesgos de seguridad de la información. 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.

Tras la verificación de los riesgos, asociados a la seguridad de la información, debido a la incorporación de tecnologías emergentes, inteligencia artificial y herramientas para transformar datos en información relevante, se requiere analizar la viabilidad de identificar riesgos que puedan afectar la transparencia, la integridad, la continuidad operacional en los procesos, el cumplimiento normativo y la protección de derechos de autor. Lo anterior si se tiene en cuenta que la falta de identificación y gestión de manera oportuna puede comprometer la sostenibilidad operativa, financiera, reputacional y nivel de confianza de las partes interesadas; se precisa de un análisis de los datos utilizados, de verificación del sistema utilizado y cumplimiento normativo, para generar estrategias para la mitigación y control de manera transversal a los procesos.

6. ANALISIS DE RIESGOS POR INFORME DE AUDITORIA DEL SIG.

Los informes de auditoría enviados por las áreas dejan ver riesgos principalmente operacionales, en lo relacionado a la calidad del servicio, la competencia y la seguridad de la información y de Gestión, en lo que tiene que ver con el control interno y la documentación.

El informe de auditoría AI-SIG-04-2025 también registra un riesgo de corrupción relacionado con la seguridad en el manejo de documentos sensibles.

Tabla 4. Relación de no conformidades asociados a la gestión del riesgo segundo cuatrimestre 2025.

Informe de Auditoría	No conformidad (NC / OM)	Riesgo Identificado / Consecuencia Potencial	Categoría de Riesgo
AI-SIG-01-2025 (Metrología)	NC 2.1: Sistema de gestión de información de laboratorio no protegido contra acceso no autorizado; inconsistencias en el alcance de la validación de procedimientos.	Riesgo de Seguridad de la Información / Operacional: Compromiso de la confidencialidad e integridad de la información de calibración. Resultados técnicos inconsistentes o inválidos, afectando la validez metrológica.	Operativo / Seguridad
	OM 3.3: Acciones para abordar riesgos son ineficaces o no logran	Riesgo de Gestión: Persistencia de riesgos no mitigados y falta de eficacia del Sistema de Gestión	Gestión / Estratégico



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 31 de 42

Informe de Auditoría	No conformidad (NC / OM)	Riesgo Identificado / Consecuencia Potencial	Categoría de Riesgo
	cumplimiento total.	(SIG).	
AI-SIG-02-2025 (Certificación Peritos)	NC 2.1: Procedimiento de Acceso, mantenimiento, divulgación y confidencialidad de la información desactualizado; uso de formatos obsoletos.	Riesgo Operacional / Información: Uso indebido o fuga de información sensible del proceso de certificación de peritos. Errores en la documentación oficial.	Operativo / Información
	NC 2.2: No se realiza seguimiento y evaluación del riesgo del proceso de certificación.	Riesgo de Gestión / Estratégico: Incapacidad para identificar, evaluar o tratar nuevos riesgos o cambios en el entorno normativo/operacional, afectando la validez de la certificación.	Gestión / Estratégico
	OM 3.2: Debilidades de características técnicas en las preguntas del examen de certificación.	Riesgo Operacional / Competencia: Certificación de personal no competente, lo que compromete la calidad y validez del servicio pericial.	Operativo / Calidad
AI-SIG-04-2025 (Servicio Pericial)	NC 1: Falta de registros de supervisión y competencia del personal (Lofoscopia/Clínica Forense).	Riesgo de Competencia / Calidad: Personal sin la debida vigilancia y soporte, lo que puede llevar a la emisión de informes periciales técnicamente inválidos y afectar la imparcialidad.	Operativo / Calidad
	NC 3: Información no registrada en el momento de la actividad de inspección (necropsia); omisión de referencia e inconsistencias en terminología.	Riesgo de Integridad de la Información / Legal: Inexactitud o inconsistencia de la cadena de custodia de la información pericial, comprometiendo la evidencia legal.	Operativo / Legal
	NC 4: No se aclara en informes que el uso de papel de seguridad no está dentro del alcance de acreditación.	Riesgo Reputacional / Legal: Inducción a error a la autoridad solicitante sobre el alcance de acreditación, afectando la confianza institucional.	Estratégico / Reputacional
	NC 7: Distribución de formatos de papel de seguridad por personal no autorizado.	Riesgo de Corrupción / Seguridad: Uso indebido o pérdida de documentos sensibles y controlados (dictámenes de estado grave por enfermedad).	Corrupción / Operativo

6.1 Cruce de información de los Informes de auditoria con la Matriz de Monitoreo de Riesgos: Corrupción

Se pudo observar que los hallazgos de las auditorías materializan o refuerzan las causas de los riesgos de corrupción, especialmente aquellos relacionados con la certificación de peritos y la seguridad de la información.

Tabla 5. Relación de no conformidades asociados a riesgos de corrupción segundo cuatrimestre 2025.

Cód.	Nombre del Riesgo de Corrupción (Matriz)	Valoración del Riesgo (Residual)	Observaciones de Seguimiento OFCI (Control Interno)	Hallazgo (Auditoría) con el que se Cruza
GCPF-38	Posibilidad de que no se declaren conflictos de interés en la selección, evaluación y decisión en la certificación de peritos forenses.	Extremo	La acción (No. 1220) se encuentra en ejecución, pero no ha registrado seguimientos.	AI-SIG-02-2025 (NC 2.2 y OM 3.2): La falta de seguimiento a la evaluación del riesgo (NC 2.2) y las debilidades en los exámenes (OM 3.2) aumentan la posibilidad de que los conflictos de interés no se detecten o que el proceso sea manipulado.
GCPF-39	Posibilidad de fuga de información confidencial del Proceso de Certificación de Peritos Forenses.	Extremo	La acción (No. 1222) se encuentra en ejecución, pero no ha registrado seguimientos.	AI-SIG-02-2025 (NC 2.1): El hallazgo de que el procedimiento de confidencialidad está desactualizado materializa la causa de este riesgo (Falta de conocimiento de políticas de seguridad / Infraestructura que no garantiza seguridad).
GA-142	Posibilidad de que se pierdan elementos bajo custodia del GNGBI para beneficio propio o de un tercero (Inventarios Bodega).	Extremo	La acción se encuentra en ejecución, pero no se evidencia avance en la toma física anual de inventario.	AI-SIG-04-2025 (NC 6): Aunque GA-142 se enfoca en inventarios, la NC 6 (incumplimiento de procedimientos para evitar el daño de ítems de inspección como cadáveres) representa una pérdida o daño de evidencia custodiada, un riesgo operativo con connotaciones legales y de integridad.

6.2 Cruce de información de los Informes de Auditoria con la Matriz de Monitoreo de Riesgos: Gestión

Al revisar los hallazgos de los informes de auditoria contra los riesgos operativos y de gestión en la

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025	Página 33 de 42

matriz de seguimiento, se pudo observar que se encuentra una relación directa especialmente en el informe de la auditoría de Metrología (AI-SIG-01-2025) y en el Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Tabla 6. Relación de no conformidades asociados a riesgos de gestión segundo cuatrimestre 2025.

Cód.	Nombre del Riesgo de Gestión (Matriz)	Valoración del Riesgo (Residual)	Observaciones de Seguimiento OFCI (Control Interno)	No conformidad (Auditoría) con el que se Cruza
SIG-16	Posibilidad de afectación reputacional, por uso de formatos obsoletos o que no hacen parte del SIG.	Bajo	Se gestionará con la aplicación de controles, sin acción adicional de tratamiento.	AI-SIG-02-2025 (NC 2.1): El hallazgo confirma que se están usando documentos con información desactualizada y discrepancias en formatos, materializando directamente la causa de este riesgo.
GA-137	Posibilidad de afectación reputacional por la emisión de certificados de control metrológico con información que no corresponda (errores humanos).	Bajo	Acción (No. 1256) se encuentra en ejecución y registró seguimiento.	AI-SIG-01-2025 (NC 2.1): El hallazgo sobre las discrepancias en los procedimientos de calibración y el alcance de los certificados es una manifestación del riesgo de emitir documentos con información incorrecta o incompleta.
GA-138	Posibilidad de afectación reputacional compromiso en la validez de los resultados de calibración por... debido al uso de equipos o métodos inapropiados.	Bajo	Acción (No. 1257) se encuentra en ejecución y registró seguimiento.	AI-SIG-01-2025 (NC 2.1): Las inconsistencias detectadas en la validación de los procedimientos DG-A-PET-006 y DG-A-PET-007 impactan directamente en la validez técnica de los resultados de calibración.
GPF-75	Posibilidad de afectación a la calidad del servicio pericial... debido a la falta de competencias o habilidades técnicas por parte del personal.	Bajo	Acción (No. 1243) se encuentra en ejecución, pero no se evidencia avance.	AI-SIG-04-2025 (NC 1): La falta de registros de supervisión y competencia del personal en Lofoscopia y Clínica Forense es una materialización directa de la causa de este riesgo. AI-SIG-02-2025 (OM 3.2) también lo refuerza con las debilidades en los exámenes de certificación.

Una vez realizado el análisis y cruce de la información, se pudo identificar que existen varios riesgos que son clave, especialmente los que se clasifican como extremos en la Matriz de Corrupción (**GCPF-38**



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 34 de 42

y **GCPF-39**), porque según el análisis están siendo directamente confirmados por los hallazgos de las auditorías (AI-SIG-02-2025), sin que se haya registrado seguimiento de avances en las acciones para abordarlos.

Los hallazgos de auditoría demuestran que, a pesar de la valoración Baja de algunos riesgos de Gestión (Metrología y SIG-16), la causa raíz como lo es los procedimientos desactualizados, los errores de información y las fallas en la validación, siguen activos y generando No Conformidades.

Es necesario se prioricen acciones y fortalezcan los controles los riesgos GCPF-38 y GCPF-39 (Corrupción - Certificación de Peritos), debido a su valoración residual extrema y también por la ausencia de seguimiento de avance a pesar de los hallazgos de auditoría.

Así mismo es importante destacar que los hallazgos relacionados con la NC 1, NC 3, NC 4, NC 5, NC 6 (AI-SIG-04-2025 NC 1), ya que el riesgo está materializado y la acción de mitigación en la matriz no reporta avance.

Incluir el hallazgo AI-SIG-04-2025 NC 7 relacionado con el uso indebido de formatos de seguridad como un riesgo de Corrupción Operacional no se encuentra explícitamente detallado en la matriz, pero que debe ser considerado un nuevo riesgo a monitorear

7. ANALISIS DE RIESGOS POR INFORME DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

A partir de los informes de auditoría fue factible establecer incidencias en los riesgos, como a continuación se detalla:

Código	Nombre del Riesgo	Hallazgo de auditoría con el que se cruza.	Observaciones OFCI
No aplica	No identificado en el proceso	AI-SCI-01-2025: Gestión Financiera: Hallazgo #1: Se sugirió el posible riesgo de “Posibilidad de afectación a la gestión administrativa, contable y jurídica del Instituto por traslados irregulares de bienes devolutivos a la categoría de bienes de consumo, generando una subestimación del inventario patrimonial, facilitando el uso indebido o desaparición por pérdida de la trazabilidad.” Hallazgo #2: Se sugieren los siguientes riesgos: a) Posibilidad de afectación a la imagen, transparencia y reputación del Instituto debido a la pérdida de razonabilidad en los estados financieros, causada por la subestimación de ingresos y cuentas por cobrar. b) Posibilidad de que, por acción u omisión, se registre de manera inadecuada los hechos económicos que afecten la situación financiera, económica y social de la entidad, favoreciendo intereses propios o de	No se evidencia la identificación en proceso o incorporación de controles. Como tampoco se remitió por parte de la segunda línea de defensa evidencia sobre



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 35 de 42

terceros.

Hallazgo #3: Se sugiere los siguientes riesgos: Distorsión en los estados financieros: Los ingresos y los activos (cuentas por cobrar) se presentan de forma incorrecta, afectando la razonabilidad de la información para la toma de decisiones. Posibilidad de afectación a la imagen, transparencia y reputación del Instituto debido a la pérdida de razonabilidad en los estados financieros, causada por la subestimación de ingresos y cuentas por cobrar. Posibilidad de que, por acción u omisión, se registre de manera inadecuada los hechos económicos que afecten la situación financiera, económica y social de la entidad, favoreciendo intereses propios o de terceros.

Hallazgo #4: Se evidenció la materialización del riesgo Código GF-78, correspondiente a la “posibilidad de realizar transacciones financieras a cuentas incorrectas o efectuar pagos duplicados” el cual estaba incluido en el mapa de riesgos de la **vigencia 2024** y que para el 2025 se identificó con el código GF-83, sin embargo, revisado el mapa de riesgos de la presente vigencia no se registraron modificaciones y frente a la calificación de la posibilidad fue establecida como “muy baja”, el impacto inherente y residual “moderado.

Hallazgo #5. Se sugiere el siguiente riesgo: Riesgo de pérdida o deterioro de elementos que no están siendo utilizados ni dados de baja.

Hallazgo # 6. Se sugiere: Riesgo de Disminución Presupuestal: La consecuencia más crítica es la alta probabilidad de que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público imponga una sanción, consistente en la disminución del presupuesto asignado para futuras vigencias. Esto ocurre cuando se superan los topes definidos para la reserva presupuestal, afectando directamente la capacidad operativa y el cumplimiento de la misión institucional. Impacto: Alto – Riesgo fiscal y de ineficiencia en la ejecución del gasto. Probabilidad de ocurrencia: Alta – Por falta de controles y reiteración del hallazgo.

Hallazgo # 7. Se sugiere el siguiente riesgo: Riesgo de presentación errónea de los estados financieros y una posible observación por parte de organismos de control externo o la Contaduría General de la Nación.

Hallazgo # 8. Se sugiere los siguientes riesgos:

Observaciones o hallazgos por parte de entes de control como la Contraloría General de la República. Posibles sanciones administrativas por incumplimiento de la normatividad contable. Dificultades para la toma de

análisis
decisiones
tomadas.
y

decisiones gerenciales y estratégicas basadas en información inexacta.

Hallazgo # 9. Se sugieren los siguientes riesgos:

- Riesgo operativo y logístico: Saturación de espacios de almacenamiento y afectación a la operatividad institucional.
- Riesgo financiero: Distorsión de la información contable y del valor real de los activos institucionales.
- Riesgo reputacional y de control: Observaciones de entes de control por omisión en los procesos de saneamiento contable y físico.

Hallazgo # 10. Se sugieren los siguientes riesgos:

- Riesgo reputacional: Pérdida de credibilidad ante entidades del sector público y organismos de control.
- Riesgo financiero y jurídico: Posibles intereses moratorios, sanciones o medidas legales por incumplimiento de pagos.
- Riesgo administrativo: Falta de control sobre las obligaciones del Instituto y deficiencia en la rendición de cuentas.

Hallazgo # 12. Se sugieren los siguientes riesgos:

- Riesgo de Pérdida de Derechos: La falta de un registro contable y un seguimiento formal puede llevar a que algunas reclamaciones no sean gestionadas eficazmente o se omita su cobro, lo que podría derivar en una pérdida de recursos para la entidad.
- Riesgo de presentación errónea de los estados financieros, lo que podría comprometer la transparencia y la rendición de cuentas.
- Riesgo de incumplimiento normativo, al no seguir los principios contables generalmente aceptados del Régimen de Contabilidad Pública (RCP), particularmente el principio de reconocimiento contable de derechos y obligaciones reales.

Hallazgo # 13. Se sugieren los siguientes riesgos:

- Riesgo contable: sobrevaloración de activos intangibles, afectando la razonabilidad de los estados financieros.
- Riesgo de gestión: decisiones institucionales



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 37 de 42

		basadas en información desactualizada o inexacta. • Riesgo legal y patrimonial: vulnerabilidad frente a disputas sobre propiedad intelectual y falta de protección de desarrollos institucionales. • Riesgo de control interno: ausencia de procedimientos claros para la actualización, seguimiento y baja de bienes intangibles. Hallazgo # 14. Se sugieren los siguientes riesgos: • Riesgo de seguridad de la información: exposición de datos financieros institucionales a personas no autorizadas. • • Riesgo de fraude o manipulación, ante posibles acciones realizadas con un perfil sin control vigente. • Riesgo institucional y reputacional, al evidenciarse deficiencias en el manejo de sistemas críticos. • • Riesgo de responsabilidad disciplinaria o fiscal para el funcionario encargado de administrar los accesos.	
AI-SCI-02-2025	Gestión Servicio Pericial- Manejo de cadáveres.	Hallazgo # 06. Riesgo sugerido: Posibilidad de afectación en el normal desarrollo de los procesos, debido a recurrencia de debilidades por fallas en la implementación de acciones preventivas y correctivas. En conclusiones se destaca, que el riesgo GSF-203 del año 2025 respectivamente: “Posibilidad de que, por acción u omisión, se cambie, pierda o altere un EMP para beneficio propio o de un tercero”, se evidencia debilidades en la aplicación de estos, en atención a lo establecido en la Resolución No. 001142 del 29 de diciembre de 2022, artículo 7 “Esquema de líneas de Defensa”, Párrafo 3 “Primera línea: Todos los servidores públicos y contratistas hacen parte de esta línea de defensa. Tiene la responsabilidad de aplicar los documentos del SIG, ejecutar controles para mitigar los riesgos e implementar los planes de mejoramiento asignados. Estas actividades hacen parte de su día a día dentro de la entidad”. En la conclusión se resalta con relación al riesgo GSF-203 debilidades en la aplicación de controles conforme al artículo 7 de la Resolución 0001142 de 2022.	No se evidencia la identificación en proceso o incorporación de controles. Como tampoco se remitió por parte de la segunda línea de defensa evidencia sobre análisis y decisiones tomadas. No obstante, a partir del seguimiento a los riesgos se identificó se requiere de la verificación inmediata de controles.
AI-SCI-03-2025	Gestión Administrativa		No se evidencia la identificación en proceso o incorporación de



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 38 de 42

Hallazgo	Se sugieren riesgos
1,3	Posible riesgo: Posibilidad de pérdida de recursos públicos por incumplimientos de obligaciones contractuales
2	Posible riesgo: Pérdida de recursos públicos por no detectar fallas o sobrecostos y por falta de documentación técnica completa en SECOP II
4	Posible riesgo: Posibilidad de pérdida de recursos públicos por no detectar fallas oportunamente
5	Posible riesgo: Posibilidad de deterioro progresivo de la infraestructura por ausencia de mantenimiento planificado.
6	Posible riesgo: Posibilidad de pérdida de recursos públicos por falta de supervisión técnica adecuada.
7	Posible riesgo: Posibilidad de errores y retrasos por ausencia de lineamientos técnicos claros en construcción y mantenimiento.
8	Posible riesgo: Posibilidad de pérdida de trazabilidad por falta de unificación del formato de plan de infraestructura
10	Posibilidad de Afectar la continuidad de la prestación de los servicios institucionales
11	Posible Riesgo: Posibilidad de tomar decisiones erradas en la gestión de infraestructura y mantenimiento, por la inadecuada medición de los indicadores, que impide reflejar de forma precisa el comportamiento del proceso.
12	Posible riesgo: Posible afectación al ejercicio efectivo del control interno, por la no entrega oportuna y completa de la información requerida para el desarrollo de auditorías
13	Posible riesgo: Posibilidad de generar omisiones en la prevención de eventos críticos, por inadecuada o inexistente identificación de riesgos.
14	Posible Riesgo: Posible afectación en los tiempos de ejecución de proyectos de infraestructura por falta de articulación entre la planeación y la contratación.

La auditoría evidenció que la gestión de riesgos en los procesos administrativos presenta vacíos importantes, en especial en lo relacionado con la identificación de riesgos inherentes por parte de la primera línea de defensa y la aplicación efectiva de controles.

controles. Como tampoco se remitió por parte de la segunda línea de defensa evidencia sobre análisis y decisiones tomadas.

AI-SCI-04-2025

Gestión Contractual.

Hallazgo # 01y #03. Riesgo identificado en el mapa de riesgos Numero 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.” Por lo anterior se recomienda revisar la efectividad de los controles, relacionados con el indicador estratégico y revisar las posibles causas.

Hallazgo # 02. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de pérdida, duplicación o deterioro de información relevante como consecuencia de la falta de organización, eliminación oportuna y transferencia documental adecuada en los archivos de gestión.

Hallazgo # 04. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de afectación por incumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de contratación estatal.

Hallazgo # 05. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de afectación por incumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de contratación estatal.

Hallazgo # 06. Se sugiere incluir el riesgo de posible incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Hallazgo # 07. Se sugiere incluir el riesgo, posibilidad de afectación por incumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en materia de contratación estatal.

Hallazgo # 08. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de afectación a la transparencia contractual, derivado del uso de información limitada y no plural en los estudios de mercado, así como de especificaciones técnicas sin el

No se evidencia por parte de la segunda línea de defensa acciones sobre análisis y decisiones tomadas.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

Página 39 de 42

debido sustento, generando escenarios favorables para ciertos oferentes y exponiendo a la entidad a observaciones por entes de control.

Hallazgo # 09. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de afectación por incumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de contratación estatal.

Hallazgo # 10. Se sugiere incluir el riesgo de posibilidad de afectación por incumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de contratación estatal.

Hallazgo # 11. Se sugiere incluir el riesgo: Posibilidad de afectación patrimonial por el incumplimiento a la ejecución contractual.

8. GESTIÓN DE INDICADORES.

- 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.
- Indicador 2. Disminuir la materialización de conductas asociadas a los riesgos de corrupción, que hace parte del mapa de riesgos institucionales:** El segundo cuatrimestre del 2025, la segunda línea de defensa reporta 0% de posibles actos de corrupción. No obstante, se pudo establecer, aun cuando el evento se presentó posterior a la fecha de corte del segundo cuatrimestre, que los riesgos de corrupción GSF -208 y de gestión GSF-210 requieren de acciones inmediatas, de la verificación y ajuste de controles, para evitar nuevamente se presente la situación, con cobertura a todas las sedes del Instituto.
- Indicador 3. Porcentaje de actividades eficaces para mitigar el riesgo de corrupción:** se reporta un 4.44% de cumplimiento frente al indicador, se reitera la necesidad de analizar el indicador, toda vez que no solo debe relacionarse con el cierre de la actividad, sino como su nombre lo indica las actividades de control deben posibilitar la mitigación del riesgo. Para los riesgos de corrupción y de gestión se presentan debilidades en controles, en seguimientos a las acciones, en las evidencias que soportan las actividades de las acciones y reportes a partir de otras fuentes (informes de ley, informes de auditorías del SIG) como lo muestra las imágenes 2 y 5 de este informe.
- 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 4.04%, indicando que 4 de 115 acciones fueron eficaces para la mitigación de riesgos, quedando 99 para ser gestionadas. Sin

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025	Página 40 de 42

embargo, se identificaron debilidades asociadas a controles, en seguimientos, en las evidencias y reportes a partir de otras fuentes.

9. INCUMPLIMIENTOS EVIDENCIADOS.

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, encontrando 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; como tampoco se evidenció la identificación de riesgos de fraude, para las distintas etapas del proceso.
 - b) Artículo 7. Esquemas de línea de defensa. Aun cuando la segunda línea implementó actividades conjuntas con los líderes de proceso, así como la verificación de controles, 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 segunda línea de defensa para la gestión de los riesgos institucionales para el segundo cuatrimestre de 2025, donde se identificaron debilidades en el monitoreo de los riesgos y gestión de los riesgos, sobre todo en los controles, en las evidencias que soportan las actividades.
2. Se mantiene el incumplimiento con la identificación de riesgos sobre seguridad de la información, sus respectivos controles. Para el segundo 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 anterior. En este sentido se continua sin poder 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.
3. En la auditoria AI-SCI-03-2025 al proceso de Gestión Administrativa se registró que “Mediante revisión del mapa de riesgos institucional se encontró que no se han identificado riesgos



transversales para el proceso administrativo de infraestructura, de mantenimiento y de transportes según lo establecido en la Resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, deben ser estudiados y gestionados de forma articulada por todas las direcciones regionales”. Asimismo, “la auditoría evidenció que la gestión de riesgos en los procesos administrativos presenta vacíos importantes, en especial en lo relacionado con la identificación de riesgos inherentes por parte de la primera línea de defensa y la aplicación efectiva de controles”.

10. CONCLUSIONES

Se realizó el seguimiento a 54 riesgos, 54 fichas de riesgos, 53 acciones y respectivas evidencias, para abordar riesgos registradas en el aplicativo Isolución para el segundo cuatrimestre del 2025, así:

1. **Objetivo específico # 1. Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo para el segundo cuatrimestre, con corte al 30 de abril de 2025:** se identificaron incumplimientos a los artículos 2 y 7 de la Resolución 1142 de 2022, de lineamientos establecidos en la NTC-ISO 27001 que data desde la versión 2013 y lineamientos relacionados a la gestión de riesgos de seguridad de la Información emitida por MINTICs, entre otras los numerales numeral 3.1.8, 3.1.11, 3.1.12, 3.1.13 y 3.3.1 de la guía “Lineamientos del Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en entidades públicas. Versión 5 de 2025-04-21
2. **Objetivo específico # 2. Revisar los riesgos materializados durante el segundo cuatrimestre de 2025 y las acciones tomadas para su mitigación.** Se verificaron los posibles riesgos materializados, encontrando que se requiere abordar de manera inmediata los riesgos GSF –208 y GSF-210, para fortalecer los controles, generar acciones de verificación con alcance a las seccionales y unidades básicas y establecer mecanismos de lecciones aprendidas, para evitar se presente nuevamente.

A partir de los hallazgos de auditoría a la gestión financiera, se requiere de la revisión y ajuste inmediato de controles por posible materialización del riesgo GF-83.

3. Se evidenciaron variaciones en el apetito del riesgo - riesgos de gestión, pero no obedece 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, no es suficiente tras la valoración que el criterio sea solo el nivel de “aceptar”.
4. **Objetivo específico # 3. Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas en informes anteriores.** La segunda línea de defensa llevo a cabo reuniones con los distintos procesos durante el período de seguimiento a la gestión de riesgos – segundo cuatrimestre, enfocados al acompañamiento sobre la aplicación de controles. Sin embargo, tras la revisión de las distintas fuentes referenciadas en la metodología de este documento se observa se siguen presentando debilidades en el seguimiento a las acciones por parte de la primera línea de defensa, las evidencias que soportan las actividades de las acciones registradas en el aplicativo Isolucion y los controles para permitir la mitigación de los riesgos.
5. **Objetivo específico # 4. Verificar el comportamiento de los riesgos, efectividad de controles y acciones establecidas para mitigación, con corte al 30 de abril de 2025:** El seguimiento a segundo cuatrimestre de 2025 permite concluir que los riesgos se encuentran identificados en

todos los procesos, aun cuando existen tres procesos que no han analizado la posibilidad de incorporar riesgos de corrupción

- Se dio cumplimiento al objetivo general por parte de la tercera línea de defensa verificando 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. Fue factible establecer se presentan incumplimientos, relacionados en el numeral 9 de este documento, que deben ser analizados y gestiones, en procura de la mejora continua para garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- El informe fue socializado al responsable del monitoreo el día 2025-10-13.

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.

11. 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,


NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO
 Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Ximena Restrepo Aguirre – Profesional Especializado – Oficina de Control Interno. Lucila Sicachá – Profesional Especializada Forense – Oficina de Control Interno	XRA	2025-10-15
Revisó	Néstor Fan León Niño – Jefe Oficina de Control Interno		2025-10-15
Aprobó	Néstor Fan León Niño – Jefe Oficina de Control Interno		2025-10-15
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.			