



INFORME RESUMEN DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS

IL-06-2026

**TERCER CUATRIMESTRE DEL 2025
AGOSTO 31 DE 2025 A DICIEMBRE 31 DE 2025**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
2026-02-20**

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO..... 5

2. CRITERIOS 5

3. MARCO NORMATIVO 5

3.1 Marco normativo externo..... 5

4. METODOLOGÍA 6

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025- TERCER CUATRIMESTRE 8

6. GESTIÓN DE INDICADORES.....13

7. INCUMPLIMIENTOS EVIDENCIADOS13

8. CONCLUSIONES16

9. RECOMENDACIONES18

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Procesos que no han identificado riesgos de corrupción 8
 Tabla 2. Hallazgos de mayor recurrencia en riesgos de corrupción a 31 de diciembre de 2025 9
 Tabla 3. Incumplimientos evidenciados para riesgos de corrupción, gestión, fiscales y fraude..... 14
 Tabla 4. Incumplimientos evidenciados para riesgos de seguridad de la información..... 15

LISTADO DE IMAGÉNES

Imagen 1. Consecuencias potenciales de los riesgos identificadas a cierre de año 2025..... 10



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 2026, 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 tercer 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 tercer cuatrimestre, con corte al 31 de diciembre de 2025.
- b. Revisar los riesgos materializados durante el tercer 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 31 de diciembre 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 tercer 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 Ética Pública. Artículo 2.1.4.4.1.1 Ámbito de aplicación. Parágrafo 1.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 6 de 18

- 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. Acuerdo 067 de 2025. Artículo 6. Oficina de Control Interno, numeral 5. Asesorar sobre el diseño y efectividad en la gestión de los riesgos en la entidad que permitan la operación y eficacia del Sistema de Control Interno
- c. Resolución 00031 de 2025-01-16 “Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión”.
- d. 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”.
- e. 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.
- f. Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.
- g. Procedimiento para la Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora, código DG-C-P-014, Versión: 15
- h. 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 tercer cuatrimestre del 2025 con corte al 31 de diciembre, con base a la revisión y análisis, entre otros de la documentación que a continuación se detalla:

De la información solicitada a la Oficina de Planeación mediante Oficio No. 152-OFCl-DG-2025 del 2025-12-12 para elaborar Informe de Riesgos Institucionales tercer cuatrimestre 2025, a saber:



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 7 de 18

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

1. Matriz de monitoreo integral de los riesgos institucionales con corte al 31 de diciembre 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.
2. Matriz de monitoreo de riesgos de seguridad de la información, actividad 7, tarea 6: Entregado.
3. Informe de monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información, actividad 7 tarea 1: Entregado.
4. Informe de posibles riesgos materializados, actividad 7 tarea 3: Parcialmente entregado.
5. Registro de solicitud de publicación en página institucional del informe de monitoreo de los riesgos institucionales: Entregado.
6. Informe de seguimiento cuatrimestral a los controles formulados en los riesgos de gestión, actividad 8, tarea 2: Entregado.
7. Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los riesgos de seguridad de la información, actividad 8, tarea 2: Entregado.

B. De la Resolución 001142 de 2022 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, vigente

1. Reporte sobre las actividades realizadas durante el tercer 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: Entregado.
2. Indicadores formulados por objetivo y respectivos resultados de medición, según parágrafo del artículo 2. Adjuntar las evidencias fuente para su resultado: Entregado.
3. Se informe cuáles riesgos se han transversalizado durante el período, según lo relacionado al literal a del parágrafo 1 del artículo 1: No fue informado.
4. Informar sobre los resultados de los riesgos gestionados en su jurisdicción por Regional, según parágrafo 2 del artículo 13: No fue informado.

C. De la Resolución 00031 de 2025 “Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión”, Artículo 7. Roles, responsabilidades, autoridades e instancias del SIG. Numeral 6. Oficial de la Seguridad de la Información, literal b. Objetivos Numeral 5. Equipo SIG Regional, responsabilidades del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información, vigente:

1. Orientaciones realizadas durante el cuatrimestre para la gestión del riesgo, según numeral 5 Equipo SIG Regional, Responsabilidades, literal c: No fue informado.
2. 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: Entregado.

D. Recomendaciones de los Informes de Seguimiento de Riesgos Institucionales

1. Reporte de nivel de avance de las acciones emprendidas acorde a los resultados del informe de seguimiento del segundo cuatrimestre de 2025.

**E. Otras solicitudes**

1. Se informe si durante el período se han creado, modificado y/o eliminados riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, e informar por proceso en caso de que amerite: No fue informado.
2. Se informe si se han presentado ajustes al mapa de riesgos por la materialización de alguno de ellos y en qué proceso: No fue informado.
3. Se informe como los riesgos han generado oportunidades para los diferentes procesos y qué resultados se han obtenido a cierre de la vigencia 2025: No fue informado.
4. Se informe si se tienen identificados riesgos fiscales y de fraude y si se ha realizado seguimiento: No fue informado.

Para el seguimiento a la Gestión de los Riesgos en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2025, se realizó el análisis a la “Matriz de Monitoreo al Mapa de Riesgos -Tercer Cuatrimestre 2025” remitido por la Oficina de Planeación, en el que se observó que para la vigencia 2025 tercer cuatrimestre, publicado como aparece en la siguiente URL <https://www.medicinalegal.gov.co/riesgos>, con los resultados que a continuación se detallan:

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025- TERCER CUATRIMESTRE**5.1 Riesgos de corrupción**

Durante el año 2025, la entidad llevó a cabo un proceso de identificación y gestión de riesgos de corrupción, con un total de 21 riesgos distribuidos en 13 procesos diferentes. Esta labor establece el compromiso de la alta dirección con la prevención y el control de posibles actos de corrupción, asegurando que los procesos relevantes sean evaluados sistemáticamente. Se observó que algunos procesos considerados sensibles no realizaron la identificación de riesgos de corrupción, en dos de estos procesos: Gestión de Relacionamento con la Ciudadanía y Gestión Ambiental, no se presentó ante la segunda línea de defensa evidencia objetiva que justificara la ausencia de riesgos o que respaldara el análisis realizado para determinar que no era aplicable la identificación de riesgos de corrupción, como lo establece el artículo 12 de la Resolución 1142 de 2022 “ Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.

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

Tras la verificación de los riesgos de corrupción realizada por la tercera línea de defensa, se identificaron aspectos recurrentes que deberán ser considerados para el próximo periodo, tal como se presenta en la tabla 2, a continuación:

Tabla 2. Hallazgos de mayor recurrencia en riesgos de corrupción a 31 de diciembre de 2025

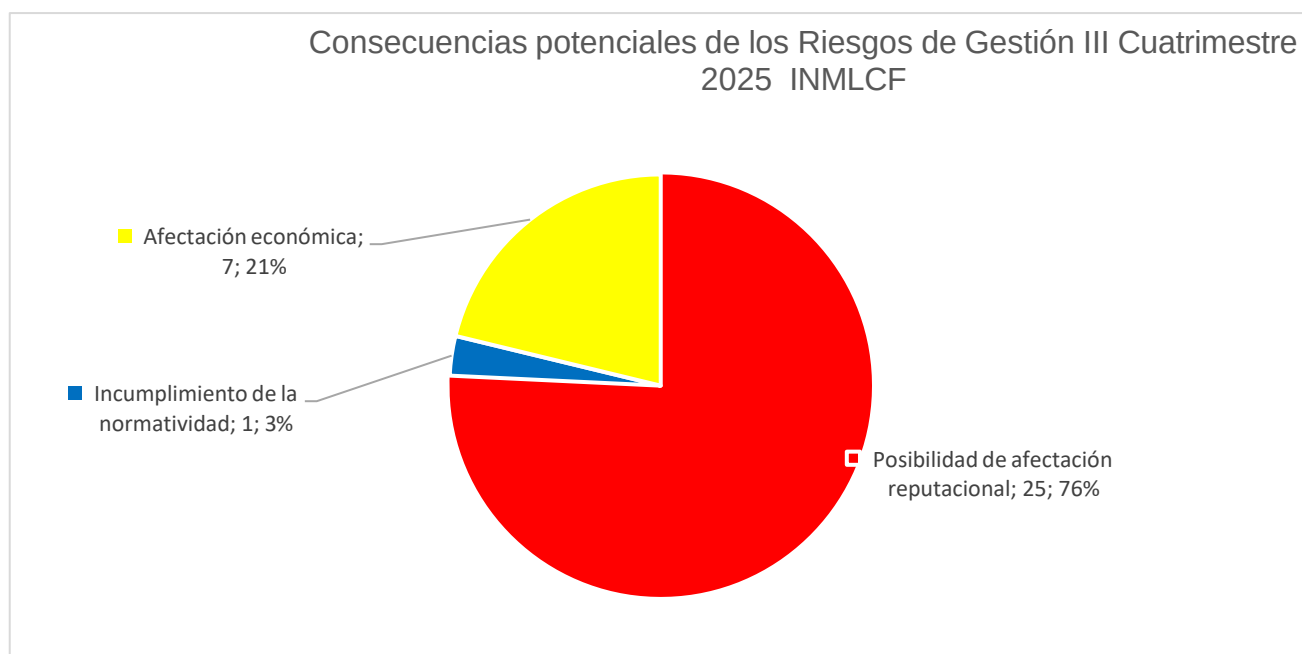
Hallazgos	Riesgos
No aplicación de las recomendaciones presentadas en el segundo informe de riesgos del año 2025.	GSF-206, GSF-208, GCPF-39, GCPF-40, GSCF-29, GA-142, GC-4, GTH-23, GITS-35, GSST-18 Y GSJ-11.
Los riesgos, salvo GF-82 y SIG-18, no dan cumplimiento a la totalidad de actividades previstas en los términos establecidos por la entidad.	Matriz de Monitoreo al Mapa de Riesgos -Tercer Cuatrimestre 2025, documento anexo.
Falta de ficha de riesgo y registro en mapa de calor en el aplicativo Isolución, módulo de riesgos.	GSF-202, GSF-203, GSF-205
Falta de segregación de las funciones.	GCOM-17

- La revisión de las distintas fuentes establecidas en la metodología para el análisis de riesgos por parte de la tercera línea de defensa permitió identificar los elementos relevantes, según se presenta en la matriz de monitoreo a los riesgos para el tercer cuatrimestre 2025 sección observaciones de seguimiento de la Oficina de Control interno, la cual recoge las observaciones sobre la evolución de los riesgos de corrupción al 31 de diciembre de 2025.
- Durante el periodo analizado, se identificó la materialización de un riesgo de corrupción, el cual fue oportunamente reportado por el proceso de Gestión del Servicio Pericial. En consecuencia, se implementaron las acciones correspondientes para su tratamiento.
- Durante el período se evidenció la falta de eficacia de los controles en dos riesgos, algunos de ellos documentados en los procedimientos propios del proceso, como lo muestra la matriz de monitoreo a los riesgos para el tercer cuatrimestre 2025 sección observaciones de seguimiento de la Oficina de Control interno.

5.2 Riesgos de Gestión

A cierre de vigencia del año 2025, el Instituto llevó a cabo un análisis para identificar las posibles consecuencias de los riesgos de gestión, a partir del cual, se resalta la existencia de escenarios que pueden afectar de manera negativa la percepción pública y de sus partes interesadas. Las principales consecuencias detectadas se presentan en: la afectación reputacional, la afectación económica e incumplimiento normativo. Ante la identificación de estas consecuencias se han implementado actividades orientadas a aumentar la capacidad de reacción de la entidad para evitar pérdidas significativas y garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Imagen 1. Consecuencias potenciales de los riesgos identificadas a cierre de año 2025.
Fuente de elaboración propia a partir de información contenida en el módulo de riesgos de gestión del aplicativo Isolución vs mapa de riesgos de gestión 2025.



Con base en la revisión de los riesgos y controles correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025, se presenta a continuación el comportamiento observado, en la matriz de monitoreo a los riesgos para el tercer cuatrimestre 2025, sección observaciones de seguimiento de la Oficina de Control interno, entre las que se destaca:

1. El análisis de los riesgos de gestión principalmente muestra que se requiere atención en los controles y capacidad de respuestas de estos, de cara a los diferentes riesgos para lograr la efectividad.
2. Se observó que el 57,5% (19) de los riesgos presentan debilidad en los controles, no se aplican adecuadamente y presentan deficiencias en los seguimientos.
3. Existen siete riesgos que se materializaron, como lo muestra se informa en la matriz de monitoreo a los riesgos para el tercer cuatrimestre 2025, sección observaciones de seguimiento de la Oficina de Control interno.
4. Los resultados de auditorías permitieron establecer, principalmente que, los procesos de Gestión de SIG, Gestión de la Planeación Institucional, Gestión contractual, Servicio pericial, Gestión documental, presentaron un impacto, como lo muestra el análisis de cada uno de los riesgos y respectivos controles

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025	Página 11 de 18

según matriz de monitoreo de riesgos para el tercer cuatrimestre de 2025. Se requiere revisar los controles, robustecerlos y transversalizar algunos.

5. La materialización del riesgo está directamente vinculada a fallas legales o de aplicación de procedimientos detectadas por la Oficina de Control Interno, a través de las auditorías e informes de ley.
6. Se evidenciaron debilidades para los riesgos GTH-21, GHT-22 y GSST-16, en la formulación y la implementación de los controles para la gestión de los riesgos principalmente, por falta de segregación de funciones en las diferentes etapas del proceso, lo que diluye la responsabilidad y aumenta la probabilidad de que se presenten errores operaciones y no sean tratados adecuadamente.
7. La segunda línea de defensa limitó el monitoreo a la verificación de acciones asociadas a los riesgos, no tuvo en cuenta otras fuentes como los resultados de auditoría, de informe de ley, autoreporte y PQRS.
8. La segunda línea de defensa no realizó el monitoreo de los riesgos SIG-16 y GA-143, como tampoco registro novedades en control de cambios del mapa de riesgos V5.
9. El análisis de la información de monitoreo por parte de la segunda línea de defensa, según archivo de excel anexo a este documento, permitió determinar que se presentan demoras en la gestión de las desviaciones reportadas en informes anteriores lo que conlleva a la materialización del riesgo.
10. La auditoría AI-SCI-06-2025 evidenció que los procesos de SGSST y de Gestión Administrativa para lo relacionado desde su área de cobertura, no han identificado riesgos sobre el Plan de seguridad vial - PESV, como tampoco generados controles asociados que permitan su mitigación.
11. A partir de los resultados de auditoría de control interno se encontró que se requiere verificar los controles asociados a la gestión financiera y administrativa, rediseñarlos si es viable, validando la posibilidad de controles automatizados para disminuir la probabilidad de pagos duplicados, de desviaciones en las mediciones de metrología.
12. Para la vigencia 2025 no se registra ningún riesgo de gestión para el proceso de Tecnologías de la Información, pese a que los factores de riesgo persisten.

5.3 . Riesgos de Seguridad de la información

A partir de la verificación de la información reportada por la segunda línea de defensa, se pudo establecer lo siguiente:

- a) Acorde a lo registrado en el hallazgo No.5 de la auditoría AI-SCI-11-2025 al proceso de Gestión de la infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos, realizada entre el 2025-11-04 y 2025-12-30, *“Debilidades en la gestión integral de riesgos del proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos (gestión, corrupción y seguridad de la información): se evidenció que el INMLCF no implementa de manera efectiva la gestión integral de riesgos en el proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos, presentando debilidades en la identificación, registro, análisis, seguimiento, evaluación de eficacia y cierre de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información”*.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 12 de 18

- b) Los riesgos de seguridad de la información fueron gestionados en una herramienta no documentada ni controlada en el SIG, diferente al formato institucional DG-E-P-022-F-001; adicionalmente, la matriz publicada en el sitio web institucional, en noviembre de 2025 presenta deficiencias técnicas frente a la Guía del DAFP (campos obligatorios sin diligenciar, controles incompletos y valoraciones inconsistentes).
- c) No se evidenció que los resultados de las herramientas de monitoreo de seguridad y de gestión de eventos alimenten de manera sistemática la identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos, ni la evaluación de la eficacia de los controles definidos.
- d) Procesos críticos, incluido el de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos, no participaron en la identificación y valoración de riesgos, afectando la confiabilidad del mapa institucional.
- e) La gestión de riesgos de seguridad de la información no refleja de manera consistente los eventos e incidentes ocurridos, lo que afecta la confiabilidad del mapa de riesgos y la integralidad del SGSI.
- f) El módulo especializado para la gestión de riesgos de seguridad de la información en ISOLUCIÓN, adquirido en 2020, no se encuentra activado, pese a los requerimientos realizados por el Oficial de Seguridad de la Información.
- g) Esta situación evidencia debilidades en la articulación de responsabilidades entre la primera y segunda línea de defensa, lo que compromete la eficacia del Sistema de Control Interno y del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
- h) El inventario de activos de información no se encuentra plenamente articulado con la gestión de riesgos del proceso, no evidencia responsables claramente definidos, ni soporta de manera efectiva la toma de decisiones en materia de seguridad de la información.
- i) En la matriz de riesgos de seguridad de la información, se describen las observaciones encontradas en cuanto a la Identificación, Análisis, Valoración, Controles, Tratamiento y Monitoreo.
- j) En general se evidencia debilidad sistemática en la administración del riesgo, dado que, la segunda línea no está asegurando que el diseño de los riesgos tengan coherencia, estén vinculados al objetivo del proceso, cuenten con controles reales y verificables y que el riesgo residual, se soporte en efectividad demostrada.
- k) En la matriz se observan controles basados en: controles documentales, socializaciones y capacitaciones, sin cumplimiento de atributos (responsable, frecuencia, evidencia, prueba de funcionamiento).
- l) En el tratamiento, se observa uso reiterado de “No aplica”, riesgos extremos o altos con 0 % de avance, y materializaciones en auditorías, no identificados en la tabla.
- m) No se evidencia liderazgo efectivo del modelo de seguridad ni aplicación homogénea del MSP, pues aunque existen amenazas tecnológicas identificadas, no se observa:
 - a. Inventario formal de activos críticos por proceso.
 - b. Clasificación de información aplicada al análisis.
 - c. Definición de controles mínimos obligatorios.
 - d. Criterios institucionales de aceptación del riesgo.
- n) En cuanto a la Primera Línea de Defensa, se evidencia deficiencia en el diseño y controles, falta de registro de riesgos materializados y/o identificados por la Tercera Línea de Defensa en auditorías internas, evaluaciones del SCI y otras fuentes.

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES <tr> <td data-bbox="341 226 1136 346" style="text-align: center;"> INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025 </td><td data-bbox="1136 226 1502 346"> Página 13 de 18 </td></tr>	INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025	Página 13 de 18
INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025	Página 13 de 18		

6. GESTIÓN DE INDICADORES.

Tras el análisis de los indicadores realizado por la tercera línea de defensa, y conforme al informe presentado por la segunda línea de defensa correspondiente al tercer cuatrimestre de 2025, se observaron los siguientes resultados:

1. **Indicador 1. Porcentaje de riesgos identificados por proceso:** La segunda línea de defensa reporta un cumplimiento del 100%. La oficina de Control Interno evidenció que para el período de medición se subsanó el registro del informe de seguimiento del segundo cuatrimestre, relacionado con la identificación de riesgos de todos los procesos.
2. **Indicador 2. Disminución de la materialización de conductas asociadas a riesgos de corrupción, componente del mapa de riesgos institucional:**
La Oficina de Control estableció que para el tercer cuatrimestre de 2025 se materializó un riesgo el, reportado por el proceso en octubre de 2025. Por su parte, la segunda línea de defensa reportó un avance del 19% en el indicador correspondiente, con cuatro riesgos materializados. Sin embargo, al analizar los resultados, se constató que la segunda línea de defensa presenta inconsistencias, ya que el indicador está enfocado únicamente en riesgos de corrupción y, sin embargo, incluyó riesgos de gestión en su evaluación.
3. **Indicador 3. Porcentaje de actividades eficaces para mitigar el riesgo de corrupción:** Se informa por parte de la segunda línea de defensa que el indicador presenta un cumplimiento del 86,54 %. Tras el análisis la tercera línea de defensa reitera la importancia de realizar un análisis integral del mismo, considerando no solo el cierre de la actividad asociada a las acciones registradas en el aplicativo Isolución, sino también otros insumos relevantes como los resultados de auditorías internas, informes de ley, autoreportes, entre otros. La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa evidenció debilidades en los controles, en el seguimiento de las acciones, evidencias de soporte en las actividades y reportes provenientes de diversas fuentes para los riesgos de corrupción, gestión y seguridad de la información.
4. **Indicador 4. Porcentaje de Actividades Eficaces:** La Oficina de Planeación como segunda línea de defensa reporta un resultado de 67.31%, la tercera de defensa identificó debilidades asociadas a controles, en seguimientos, en las evidencias y reportes a partir de otras fuentes. Por consiguiente, se requiere revisar basado en un análisis integral y ajustar el indicador.

7. INCUMPLIMIENTOS EVIDENCIADOS

En las tablas 3 y 4 se registran los hallazgos más relevantes, como a continuación se detalla:



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 14 de 18

Tabla 3. Incumplimientos evidenciados para riesgos de corrupción, gestión, fiscales y fraude.
Fuente de elaboración propia OFCI

Requisito	Descripción del incumplimiento para riesgos de corrupción, gestión y fiscales.
Artículo 12 de la Resolución 1142 de 2022 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Los procesos de Gestión de Relacionamiento con la Ciudadanía y Gestión ambiental, no han identificado todos los riesgos atribuibles al proceso. El proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y de Gestión Administrativa no identificaron riesgos relacionados con la seguridad vial, de acuerdo a su nivel de cobertura.
Item 2.6 Clasificación del riesgo y el item 4 Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V.6-2022.	La entidad no ha identificado riesgos fiscales ni de fraude.
Artículo 7. Esquemas de línea de defensa, de la Resolución 1142 de 2022 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	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.
Artículo 7, parágrafo 2, de la Resolución 1142 de 2022 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”	Tras el análisis del riesgo GA-146, no se encontraron especificaciones sobre controles de imparcialidad aplicables al servicio de metrología. Esto incumple las directrices de primera y segunda línea de defensa.
Actividad 7.4.5 Actividad 5. Verificar la gestión de las acciones correctivas, preventivas o de mejora. Según procedimiento DG-M-P-014. Actividad 7.5.4 Actividad No. 8. Realizar el seguimiento a los controles según procedimiento DG-M-P-022 Gestión de Riesgos	19 de los riesgos de gestión no dan cumplimiento a la totalidad de actividades previstas en los términos establecidos por la entidad.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 15 de 18

Requisito	Descripción del incumplimiento para riesgos de corrupción, gestión y fiscales.
Actividad 7.5.5 Actividad No. 9. Realizar el seguimiento a los riesgos según procedimiento DG-M-P-022 Gestión de Riesgos	La segunda línea de defensa no hizo seguimiento a los riesgos SIG-16 y GC 143.

Tabla 4. Incumplimientos evidenciados para riesgos de seguridad de la información.
Fuente de elaboración propia OFCI

Requisito	Descripción del incumplimiento para riesgos de seguridad de la información.
Sistema de Control Interno: Ley 87 de 1993, Artículo 2 – Objetivos del Sistema de Control Interno. Lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno dentro del Decreto 1083 de 2015. Ítem 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V6 - 2022.	Debilidad estructural en la gestión del riesgo: inadecuada formulación de los riesgos, subvalorados y sin controles verificables. No se demuestra reducción real del riesgo residual.
Gestión del Riesgo: Guía Metodológica del DAFP – Decreto 1499 de 2017, ARTÍCULO 2.2.23.1. Resolución 1142 de 2022, artículos 12 al 15. Procedimiento DG-E-P-022. Ítem 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V6 - 2022.	Desalineación causa-impacto; controles documentales sin responsable, frecuencia ni evidencia; uso reiterado de “No aplica”; ausencia de evaluación de eficacia.
Seguridad de la Información: ISO 27001: 2022. Control A.5.9. Resolución 1519 de 2020 MinTIC, anexo 3. Ítem 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V6 - 2022.	No existe inventario formal articulado por proceso; no se aplican controles técnicos verificables; incidentes y materializaciones no alimentan la matriz de riesgos.
Transparencia y Anticorrupción: Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción (reglamentado por el Decreto 1122 de 2024 – PTEP), artículo 73, modificado por la Ley 2195 de 2022.	Gestión fragmentada de riesgos; ausencia de articulación efectiva con PTEP; riesgos altos/extremos con 0% de avance.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 16 de 18

Requisito	Descripción del incumplimiento para riesgos de seguridad de la información.
Líneas de Defensa: Decreto 648 de 2017, Rol técnico de la segunda línea y articulación del Sistema de Control Interno. Resolución No. 000403 de 2020 Artículos 22 y 23.	Segunda línea no asegura coherencia técnica ni calidad metodológica; primera línea no incorpora materializaciones detectadas por la tercera línea.
Modelo Nacional de Gestión del Riesgo de Seguridad de la Información v5 (2025) NTC ISO/IEC 27001 – Cláusulas 6.1.2 y 6.1.3 Resolución 1519 de 2020 – Seguridad Digital. Ítem 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V6 - 2022.	Gestión en herramienta no documentada ni controlada; módulo especializado de riesgos de Seguridad de la Información no activado; matriz con campos obligatorios sin diligenciar.

8. CONCLUSIONES

Se realizó el seguimiento a 33 riesgos de gestión, 21 riesgos de corrupción y 30 riesgos de seguridad de la información, con sus respectivas acciones para prevenir riesgos y acciones correctivas (si aplica) y evidencias riesgos registradas en el aplicativo Isolución para el tercer cuatrimestre del 2025, así:

- Objetivo específico a). Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a la gestión del riesgo para el tercer cuatrimestre, con corte al 31 de diciembre de 2025:** Se verificó la normatividad externa y requisitos establecidos por la entidad para la gestión de riesgos. Se destaca que el instituto ha venido adelantando las actividades necesarias para adoptar los lineamientos de la guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V. 7 del DAFP.
- Objetivo específico b). Revisar los riesgos materializados durante el tercer cuatrimestre de 2025 y las acciones tomadas para su mitigación.** Se identificaron riesgos materializados así:
 - Un riesgo de corrupción.
 - Siete riesgos de gestión.
- Objetivo específico c). Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas en informes anteriores.** Aunque la mayoría de las actividades operativas se realizan en los términos previstos, existe una brecha importante en la adopción de las recomendaciones de mejora emitidas por la Oficina de Control Interno y en la formalización documental de los riesgos (fichas y mapas). Lo que puede generar una percepción de la gestión del riesgo más como un trámite de cumplimiento de actividades que como un proceso dinámico de mejora continua.



4. **Objetivo específico d). Verificar el comportamiento de los riesgos, efectividad de controles y acciones establecidas para mitigación, con corte al 31 de diciembre de 2025:** Se realizó una evaluación del comportamiento de los riesgos, detectando ineficacia en los controles como la muestra la matriz de seguimiento a la gestión de riesgos de la entidad sobre riesgos de corrupción, de gestión y de seguridad de la información.

5. De igual manera se evidenció que:

La falta de segregación de funciones en las diferentes etapas del proceso, lo que diluye la responsabilidad y aumenta la probabilidad de que se presenten errores operaciones y no sean tratados adecuadamente.

Las variaciones que se observan para el apetito del riesgo en los riesgos de gestión, continúan sin obedecer 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”.

La matriz de seguimiento a la gestión de riesgos a cierre del 2025 evidencia las debilidades en la gestión integral de riesgos, incluyendo riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, los cuales no se encuentran registrados, analizados ni tratados de manera consistente con la metodología institucional ni con la normativa aplicable. La ausencia de evaluación de eficacia, seguimiento sistemático y cierre oportuno de algunas acciones para abordar riesgos limita la efectividad del Sistema de Control Interno y la capacidad del proceso para anticipar y gestionar eventos.

La segunda línea de defensa limitó el monitoreo a la verificación de acciones asociadas a los riesgos, no tuvo en cuenta otras fuentes como los resultados de auditoría, de informe de ley, autoreporte y PQRSD.

Los procesos de SGSST y de Gestión Administrativa para lo relacionado desde su área de cobertura, no han identificado riesgos sobre el Plan de seguridad vial - PESV, como tampoco generados controles asociados que permitan su mitigación.

La entidad no ha identificado riesgos fiscales ni de fraude. Sin embargo, a partir del informe de seguimiento al cumplimiento de las funciones del comité de conciliación institucional, la Oficina de Control Interno, identificó que es necesario revisar la posible materialización de un riesgo fiscal no identificado asociado al pago de intereses moratorios derivados del cumplimiento tardío de sentencias judiciales, en la medida en que esta situación puede generar un impacto fiscal negativo para la entidad. Se requiere verificar, realizar la identificación y aplicar todos los mecanismos para la gestión del riesgo con cobertura a los procesos de Gestión jurídica y de Financiera.

6. El informe fue socializado al responsable del monitoreo el día 2026-02-24.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE SEGUIMIENTO A RIESGOS TERCER CUATRIMESTRE 2025

Página 18 de 18

9. 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	Sol Ángel Ardila – Profesional Especializado – Oficina de Control Interno. Lucila Sicachá – Profesional Especializada Forense – Oficina de Control Interno	 	2026-02-25
Revisó	Carlos Andrés Gutiérrez Basto -Asesor Dirección General asignado a la Oficina de Control Interno		2026-02-25
Aprobó	Néstor Fan León Niño – Jefe Oficina de Control Interno		2026-02-25
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.			