



**INFORME DE SEGUIMIENTO
POLÍTICA DE RIESGOS
INSTITUCIONALES
IL-06-2026**

**PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2026
ENERO A ABRIL DE 2026**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
2026-06-04**

TABLA DE CONTENIDO

1.	<u>INTRODUCCIÓN</u>	3
2.	<u>OBJETIVO</u>	3
2.1	<u>Objetivo General</u>	3
2.2	<u>Objetivos Específicos</u>	3
3.	<u>ALCANCE</u>	4
4.	<u>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</u>	4
4.1	<u>Normatividad Externa</u>	4
4.2	<u>Normatividad Interna</u>	4
5.	<u>METODOLOGÍA</u>	5
6.	<u>RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</u>	7
6.1.	<u>Evaluar la alineación de la política y la metodología de gestión de riesgos del INMLCF con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - DAFP v7.</u>	7
6.2.	<u>Cobertura e Integralidad del Mapa de Riesgos Institucional</u>	7
6.3.	<u>Gestión de la cultura de riesgos y estrategias de interiorización del SIG</u>	8
6.4.	<u>Monitoreo de riesgos desarrollado por la Segunda Línea de Defensa</u>	9
6.5.	<u>Identificación de riesgos materializados</u>	9
6.6.	<u>Evaluación de Indicadores de Gestión del Riesgo</u>	11
6.7.	<u>Evaluar la formulación, ejecución y efectividad de los planes de mitigación</u>	11
6.8.	<u>Evaluación del Plan de Mejoramiento</u>	15
7.	<u>INCUMPLIMIENTOS</u>	16
8.	<u>CONCLUSIONES</u>	18
9.	<u>RECOMENDACIONES</u>	19

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 3 de 20

1. 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 primer cuatrimestre de 2026. Para ello, se propone evaluar la gestión integral de riesgos del INMLCF, mediante la verificación de su alineación metodológica con la Guía DAFP v7, la cobertura del mapa de riesgos, el desempeño de la segunda línea de defensa y la efectividad de los planes de mitigación para riesgos críticos. Asimismo, se valida la aplicación de recomendaciones previas y el comportamiento de los riesgos y controles, con el propósito de determinar la capacidad institucional para gestionar los riesgos de manera oportuna y efectiva.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

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.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la alineación de la política y la metodología de gestión de riesgos del INMLCF con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - DAFP v7, verificando la coherencia en la formulación de riesgos (causa–evento–impacto), la definición de controles y la aplicación de criterios técnicos para el primer cuatrimestre, con corte al 30 de abril de 2026. (P)
- Verificar la cobertura e integralidad del mapa de riesgos institucional, mediante la identificación de la inclusión de todos los procesos y de las diferentes tipologías de riesgo. (H)
- Evaluar la gestión, cobertura y efectividad de la segunda línea de defensa en el monitoreo de los riesgos de la primera línea. (V)
- Evaluar la formulación, ejecución y efectividad de los planes de mitigación aplicables a riesgos con nivel residual alto y extremo. (A)
- Validar la aplicación de las recomendaciones aportadas en informes anteriores. (A)
- Verificar el comportamiento de los riesgos y efectividad de controles, con corte a 30 de abril de 2026. (A)

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 4 de 20

3. ALCANCE

Comprende el periodo del 1 de enero al 30 de abril de 2026 e incluye el análisis de los riesgos de gestión, de integridad y seguridad de la información. Asimismo, contempla la evaluación de la segunda línea de defensa en diecisiete (17) procesos institucionales, correspondientes a los niveles estratégico, misional, operativo y de evaluación y control.

4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El presente informe de auditoría se fundamenta en el marco normativo externo e interno aplicable a la gestión de riesgos y al Sistema de Control Interno del INMLCF, el cual incluye disposiciones legales, lineamientos técnicos y guías metodológicas vigentes, así como la normatividad, políticas, procedimientos y directrices institucionales adoptadas por la entidad. Este marco sirve como referencia para establecer los criterios de evaluación y verificar la adecuada implementación y cumplimiento de la gestión de riesgos.

4.1 Normatividad Externa

- Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones", Artículo 2- Objetivos del Sistema de Control Interno.
- Ley 1474 de 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."
- Ley 2195 de 2022 "Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones", en los ítems que apliquen.
- Decreto 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública", artículo 2.2.21.5.5 "Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública".
- Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3 - Roles de la Oficina de Control Interno.
- Decreto 1499 de 2017. Capítulo 2 - Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.
- Decreto 1122 de 2024. Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los programas de Transparencia y Ética Pública. Artículo 2.1.4.4.1.1 Ámbito de aplicación. Parágrafo 1.
- Numeral 3.2 Condiciones de Seguridad Digital de la Resolución 1519 de 2020 – MITIC "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos.
- Guía rol de las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces. v3 - 2023.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. V7 - 2025.
- Lineamientos del Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en entidades públicas. Versión 5 de 2025-04-21.
- Norma NTC – ISO 27001. Sistema de gestión de seguridad de la información, en los ítems aplicables a la gestión de riesgos.

4.2 Normatividad Interna

- Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional.
- 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.
- Resolución 00031 de 2025-01-16 "Por la cual se actualiza la estructura, política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión".
- 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".
- 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.
- Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022, Versión: 8.
- Programa de transparencia y ética pública PTEP 2025-2026.

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración del informe se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Respuestas de la Oficina de Planeación al oficio 152-OFCI-DG-2026 de fecha 2025-12-12:
 - Correo electrónico de fecha 2026-04-30 solicitando ampliación del plazo para el 20 de mayo, la cual no fue autorizada por jefe de la Oficina de Control Interno.
 - Correo electrónico de fecha 19-05-2026 compartiendo la carpeta en OneDrive con la información consolidada, sin embargo, se dio respuesta el mismo día reiterando documentación requerida relacionada con los lineamientos internos.
 - Correo electrónico de fecha 20-05-2026, dando respuesta a los requerimientos descritos anteriormente (Tabla. Requerimientos vs respuestas de la Oficina de Planeación)
 - Correo electrónico de fecha 28-05-2026, se remitió Informe Monitoreo Controles Primer Cuatrimestre 2026.
- Respuesta de la Oficina de Control Interno Disciplinario de fecha 2026-05-22 al requerimiento “Consolidado de asuntos disciplinarios” a 30 de abril de 2026, solicitada el día anterior.
- Respuesta del Grupo de Mejoramiento Continuo de fecha 2026-05-22 al requerimiento “Consolidado de hallazgos resultado de las auditorías del SIG” a 30 de abril de 2026, solicitada el día anterior.
- Matriz de hallazgos de auditorías del Sistema de Control Interno consolidados a 30 de abril de 2026.
- Informes de Ley publicados en la sección de Transparencia del sitio Web institucional – Informes de Control Interno.
- ISOLUCION.

Se aplicaron técnicas de revisión y análisis documental, validación de evidencias, análisis de trazabilidad y verificación de cumplimiento normativo. Asimismo, se evaluaron el diseño, implementación y eficacia de los controles, así como los planes de mejoramiento asociados.

El enfoque de evaluación se desarrolló con base en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) y el Modelo de las Tres Líneas de Defensa, con el fin de asegurar un seguimiento integral de la gestión de riesgos.

Requerimientos vs respuestas de la Oficina de Planeación (No.152-OFCI-DG-2026 y correo electrónico de fecha 19 de mayo de 2026).

Requerimiento OFCI	Respuesta de la Oficina de Planeación	Análisis Control Interno
Matriz de monitoreo integral de los riesgos institucionales de gestión, para integridad pública (corrupción), y seguridad de la información. Procedimiento de Gestión de Riesgos, código DG-E-P022-V8, actividad 7, tarea 6.	MONITOREO RIESGOS SEG INF En esta carpeta se encuentra el Monitoreo realizado por el Oficial de Seguridad de Información, relacionado con; mapa de riesgos de seguridad de la Información primer cuatrimestre y carpeta con sus respectivas evidencias, (este mapa se consolidó a la Matriz de monitoreo integral de los riesgos institucionales de gestión, para integridad pública (corrupción), y seguridad de la información)	Se evidencia monitoreo con debilidades descritas en el numeral 6.2
Informe de monitoreo de Riesgos de Seguridad de la Información (actividad 7, tarea 1)	Se encuentra en carpeta OneDrive compartida (Subcarpeta “1. REGISTRO REGISTROS OFICIO 067”).	Se evidencia monitoreo con debilidades descritas en el numeral 6.4
Informe de posibles riesgos materializados (actividad 7, tarea 3)	NO APLICA, porque no hubo riesgos materializados reportados por las unidades organizacionales o información enviada a las Comisiones Seccionales de Disciplina Judicial o Comisión Nacional de Disciplina Judicial.	Se evidencia materialización de riesgos, descritos en el numeral 6.5.
Registro de solicitud de publicación en página institucional del informe. Procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-9-022, actividad 9, tarea 2.	No fue solicitado en el oficio, pero se adjunta información.	No requiere solicitarse, pues hace parte de los registros de los lineamientos de gestión del riesgo. Se evidencia publicación del informe. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1/261787/Seguimiento_riesgos_cuatrimestre_1_2026.pdf
Informe de seguimiento cuatrimestral a controles de riesgos de gestión. Procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-9-022, actividad 8, tarea 2.	No tiene fecha definida según el procedimiento, pero se puede entregar el 22 de mayo.	Se evidencia seguimiento con debilidades descritas en el numeral 6.4
Informe de seguimiento cuatrimestral a controles de riesgos de seguridad de la información. Procedimiento para la gestión de riesgos de código DG-M-9-022, actividad 9, tarea 2.	Es responsabilidad del Facilitador SIG del Grupo Nacional de TI.	Se evidencia seguimiento con debilidades descritas en el numeral 6.45.
Reporte de actividades para promover la cultura de riesgos. Resolución 1142 de 2022, literal d del artículo 2.	Se encuentra en carpeta OneDrive (Subcarpeta “4. Resolución 001142 de 2022”). Evidencia identificada en los archivos: • Correos: ✓ Envío a SAF sobre identificación de riesgos ✓ Solicitud de riesgos a líderes 2026	Se evidencian debilidades descritas en el numeral 6.3.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026

Página 6 de 20

Requerimiento OFCI	Respuesta de la Oficina de Planeación	Análisis Control Interno
	✓ Convocatorias a reuniones (OFPER) • Reuniones: ✓ Identificación y validación de riesgos ✓ Revisión de riesgos y controles • Documentos técnicos: ✓ Matriz de riesgos 2026 (Talento Humano) ✓ Presentación de validación de riesgos y controles ✓ Revisión de hallazgos en aplicativo (ISOLUCIÓN) • Seguimiento externo: ✓ Respuesta a monitoreo SIC	
Indicadores formulados y resultados de medición Resolución 001142 de 2022, artículo 2.	Se evidencia en el mapa y el informe de riesgos del primer cuatrimestre.	Se verifican los registros en el Módulo de Mejora en ISOLUCION. Evaluación en el punto 6.6.
Riesgos transversalizados durante el periodo, Resolución 1142 de 2022, literal a del párrafo 1 del artículo 1.	Indican que el artículo citado no contiene esa disposición.	Error de digitación del requerimiento (Hace referencia al Art.13, literal a, párrafo 1). Sin embargo, se evidencia que, en la matriz de riesgos hay duplicidad técnica y conceptual en la denominación del riesgo, así como falta de estandarización, por lo tanto, falta de identificación y gestión transversal de riesgos.
Resultados de riesgos gestionados por regional, Resolución 1142 de 2022, párrafo 2 del artículo 13.	La responsabilidad corresponde a los directores regionales.	Le corresponde a la Oficina de Planeación la consolidación institucional.
Estrategias de interiorización del SIG Resolución 001142 de 2022, Art. 18.	<i>De acuerdo con el artículo citado, en ninguna parte registra la elaboración de un "Reporte", registra "...desarrollará estrategias de comunicación...", y las estrategias desarrolladas son reuniones de trabajo y correos enviados unos de tipo masivo a los líderes de los procesos y otros específicos a cada responsable de la gestión del riesgo, las evidencias están en la carpeta ONEDRIVE que fue compartida con ustedes en las Subcarpetas "3. EVIDENCIAS y 4. Resolución 001142 de 2022".</i>	Análisis realizado en el numeral 6.3.
Orientaciones para la gestión del riesgo (Resolución 00031 de 2025) según numeral 5, literal c de responsabilidades.	Responsabilidad de facilitadores regionales; evidencias en OneDrive.	Se omite el requerimiento, dado que la responsabilidad de brindar "orientaciones para la gestión del riesgo" corresponde a un esquema compartido dentro del Sistema Integrado de Gestión, donde participan: Equipos SIG, Facilitadores SIG, Gestores Nacionales, Líderes de sistema y Responsables de proceso (como ejecutores de la gestión del riesgo) y no corresponde de manera exclusiva ni directa en la Oficina de Planeación.
Conceptos emitidos sobre riesgos y seguridad de la información, numeral 6 literal b Resolución 0031 de 2025.	Responsabilidad del Oficial de Seguridad de la Información.	Aunque la competencia directa corresponde al Oficial de Seguridad de la Información, se solicitó a la Oficina de Planeación en su rol articulador de carácter estratégico dentro del Sistema Integrado de Gestión No se evidencia cumplimiento al requerimiento.
Plan de mejoramiento (Informe IL-06-2026)	<i>De acuerdo con esta solicitud, se informa que las acciones desarrolladas, se han gestionado en acciones concretas registradas como las actividades 1.1, 1.2 y 1.3, en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), relacionadas con la actualización de la política de Riesgos y aprobación en CICCI, Trabajar en la actualización del procedimiento de gestión de riesgos, incluido la actualización de sus formatos y la creación de cuatro nuevos relacionados con: Indicadores de Medición de la Política, Matriz de Roles y Responsabilidades por líneas de Defensa, Actividades a desarrollar en caso de Materialización de Riesgos y Matriz SIGRIP, elaboración para aprobación del anexo "Protocolo de Devida Diligencia", el cual fue diseñado para gestionar riesgos para integridad pública relacionados con lavado de activos y financiación del terrorismo, adicionalmente, algunas acciones se tuvieron en cuenta en la asesoría, elaboración, revisión y aprobación de los documentos de Matriz de monitoreo e informe de seguimiento mapa de riesgos primer cuatrimestre y sus respectivas evidencias de correos, reuniones presentaciones y matrices de hallazgos realizadas y entregadas.</i>	No se evidencia eficacia frente a recomendaciones de la Oficina de Control Interno. Desarrollado en el numeral 6.8.

Se identifican oportunidades de mejora relevantes asociadas a:

- Falta de validación de la calidad y suficiencia de la evidencia.
- Debilidades en la medición de resultados e impacto (especialmente en indicadores y cultura de riesgos).
- Fragmentación de la información por dependencia, sin consolidación institucional.
- Vacíos en definición de periodicidad y seguimiento metodológico.
- Inconsistencias o diferencias en la interpretación normativa frente a roles y requerimientos.

6. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

6.1. Evaluar la alineación de la política y la metodología de gestión de riesgos del INMLCF con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - DAFP v7

La evaluación de la gestión del riesgo institucional, realizada con base en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – DAFP Versión 7 y la Resolución 1142 de 2022, evidencia que el INMLCF cuenta con una estructura metodológica formal para la administración del riesgo, integrada a la planeación institucional y soportada en el modelo de líneas de defensa. Si bien se observan avances significativos en los procesos de identificación, valoración y tratamiento de riesgos, persisten oportunidades de mejora relacionadas con el análisis de contexto, la medición de la exposición al riesgo, la evaluación de la efectividad de los controles y la actualización de los instrumentos institucionales, aspectos que resultan fundamentales para fortalecer la toma de decisiones y la madurez del sistema.

Aspectos de alineación institucional respecto a la Gestión del Riesgo (DAFP V7)

Aspecto	Resultado
Política y marco de gestión	Existe política institucional, actualmente en proceso de actualización.
Roles y líneas de defensa	Responsabilidades definidas y articuladas con el MECI.
Gobernanza y supervisión	Funcionan instancias de seguimiento y toma de decisiones.
Integración con la planeación	La gestión del riesgo está articulada con procesos y objetivos institucionales.
Identificación y valoración de riesgos	Se cuenta con metodología y herramientas formalmente establecidas.
Monitoreo y control	Se realiza seguimiento periódico, aunque con enfoque principalmente operativo.
Medición del riesgo	No se evidencian KRI, umbrales ni mediciones cuantitativas de exposición al riesgo.
Información y mejora continua	Existen mecanismos de reporte, auditoría y actualización de mapas de riesgos.

La gestión del riesgo del INMLCF presenta una adecuada estructura metodológica y de gobernabilidad, alineada en términos generales con la Guía DAFP Versión 7, especialmente en los componentes de planeación, identificación, valoración y tratamiento de riesgos. No obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de los instrumentos institucionales, el fortalecimiento del monitoreo basado en la efectividad de controles y la incorporación de mecanismos de medición y alerta temprana que permitan evolucionar hacia una gestión más preventiva y estratégica

6.2. Cobertura e Integralidad del Mapa de Riesgos Institucional

La Oficina de Control Interno evaluó la cobertura e integralidad del mapa de riesgos institucional, verificando la inclusión de todos los procesos y de las diferentes tipologías de riesgo, con base en el mapa de procesos vigente.

El resultado de la identificación de riesgos en la matriz de riesgos de la vigencia 2026, basado en el mapa de procesos publicado en la página web del INMLCF se presenta a continuación:

Tipo de proceso	Proceso	¿Existe en matriz de riesgos de integridad?	¿Existe en matriz de riesgos de gestión?	¿Existe en matriz de riesgos de seguridad de la información
Estratégico	Gestión de la Planeación Institucional	NO	SI	SI
Estratégico	Administración del Sistema Integrado de Gestión	SI	SI	NO
Estratégico	Gestión de la Seguridad de la Información	SI	NO	NO
Estratégico	Gestión de la Comunicación	SI	SI	NO
Misional	Gestión del Servicio Pericial	SI	SI	NO
Misional	Gestión del Conocimiento Científico Forense	SI	SI	SI
Misional	Gestión de Certificación de Peritos Forenses	SI	SI	SI
Apoyo	Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	SI	SI	NO
Apoyo	Gestión Administrativa	SI	SI	SI
Apoyo	Gestión y Soporte Jurídico	SI	SI	NO
Apoyo	Gestión Financiera	SI	SI	NO
Apoyo	Gestión del Talento Humano	SI	SI	SI
Apoyo	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	SI	SI	NO
Apoyo	Gestión Contractual	SI	SI	NO
Apoyo	Gestión Ambiental	NO	SI	NO
Evaluación y control	Gestión del Sistema de Evaluación y Control	SI	SI	SI
Evaluación y control	Gestión del Relacionamento con la Ciudadanía	NO	SI	SI

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 8 de 20

En términos generales, se evidencia una cobertura adecuada en la identificación de riesgos de gestión, presentes en la totalidad de los procesos evaluados. No obstante, se identifican debilidades en la integralidad del sistema, derivadas de la cobertura parcial y no homogénea de otras tipologías de riesgo. En particular:

- Se evidencian vacíos en la identificación de riesgos de integridad en procesos como Planeación Institucional, Gestión Ambiental y Relacionamento con la Ciudadanía, pese a su exposición a este tipo de riesgos.
- La identificación de riesgos de seguridad de la información es limitada y no transversal, encontrándose ausente en varios procesos estratégicos, misionales y de apoyo, a pesar del manejo generalizado de información institucional.
- Se observan inconsistencias en procesos estratégicos, donde no se integran adecuadamente todas las tipologías de riesgo, afectando la coherencia del análisis.
- No se evidencia la incorporación de riesgos fiscales en el mapa institucional, en desalineación con los lineamientos de la Guía DAFF v7.
- La identificación de riesgos asociados a integridad y fiscales se presenta de manera aislada, sin un enfoque articulado entre tipologías.
- Se identifican inconsistencias en la articulación con el mapa de procesos, incluyendo riesgos asociados a procesos no formalizados y clasificaciones incorrectas entre matrices.

En consecuencia, aunque el mapa de riesgos presenta una base estructurada, no asegura una cobertura integral ni coherente del sistema de gestión del riesgo, limitando la capacidad institucional para identificar y gestionar de manera articulada los riesgos en todas sus dimensiones.

6.3. Gestión de la cultura de riesgos y estrategias de interiorización del SIG

Actividades realizadas durante el primer cuatrimestre del 2026, 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.

Las evidencias suministradas, almacenadas en la carpeta OneDrive (subcarpeta "4. Resolución 001142 de 2022"), incluyen correos electrónicos sobre identificación y solicitud de riesgos a líderes de proceso, convocatorias a reuniones, espacios de trabajo para identificación, validación y revisión de riesgos y controles, así como documentos técnicos (matriz de riesgos 2026 de Talento Humano, presentaciones de validación y revisión en ISOLUCIÓN). Igualmente, se evidencia gestión frente a requerimientos externos mediante respuesta a monitoreo de la Subdirección de Investigación Científica.

Si bien estas acciones reflejan avances en la gestión operativa del riesgo, se observa que no se encuentran integradas ni documentadas de manera estructurada en el informe de segunda línea. Los soportes presentados corresponden principalmente a actividades ejecutadas, sin una consolidación que permita evidenciar resultados.

En este sentido, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con:

- La consolidación y análisis de la información para evidenciar avances en el fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo.
- La demostración explícita de resultados en la implementación y verificación de controles.
- La definición e inclusión de indicadores de efectividad, cobertura y cumplimiento, conforme a lo establecido en el párrafo del artículo.

En consecuencia, la información disponible limita la evaluación integral del aporte de las actividades realizadas al fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo y a la efectividad de los controles durante el periodo analizado.

Estrategias de interiorización del SIG, Artículo 18. Reporte de estrategias desarrolladas para la interiorización de los procesos del SIG Resolución 001142 de 2022".

Las estrategias desarrolladas corresponden a:

- Reuniones de trabajo
- Envío de correos masivos y específicos

No obstante, en la verificación realizada se evidenció que, las acciones descritas corresponden a actividades aisladas, sin evidencia de estructuración como estrategia de interiorización del SIG, en ese sentido, la Oficina de Planeación cumple de manera formal con el requerimiento normativo, al ejecutar acciones de comunicación, pero no se evidencia un enfoque estratégico ni mecanismos de medición de efectividad, lo que limita el cumplimiento del propósito del Artículo 18 y reduce la madurez del proceso de gestión del riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 9 de 20

6.4. Monitoreo de riesgos desarrollado por la Segunda Línea de Defensa

La Oficina de Control Interno evidenció que la segunda línea de defensa realiza el monitoreo de riesgos mediante instrumentos formales, como la matriz de monitoreo y los informes de seguimiento del primer cuatrimestre de 2026, lo que refleja una base metodológica definida y una cobertura general de los procesos.

No obstante, se identifican oportunidades de fortalecimiento en la cobertura efectiva del monitoreo, en tanto se presentan casos con información incompleta, riesgos sin evaluación y ausencia de seguimiento en algunos procesos y dependencias. Abordar estos aspectos permitirá mejorar la visibilidad integral y consistencia del estado de los riesgos y controles.

En relación con el enfoque, el monitoreo se orienta principalmente al registro de avances y verificación de atributos de control. Se identifica la oportunidad de evolucionar hacia un enfoque más analítico, que incorpore de manera sistemática la evaluación de la calidad, pertinencia y efectividad de los planes de mitigación y controles, con énfasis en su impacto sobre el riesgo residual y la identificación de desviaciones que requieran ajuste.

Así mismo, se evidencian aspectos susceptibles de mejora en el diseño e implementación de los controles, particularmente en la definición de atributos clave (responsable, frecuencia y acciones ante desviaciones), el fortalecimiento de controles correctivos y la mejora en la trazabilidad de su ejecución, lo cual contribuirá a una mayor calidad y confiabilidad del monitoreo.

De igual manera, se identifican oportunidades para fortalecer la oportunidad y calidad de la información, mediante el aseguramiento de reportes completos, oportunos y consistentes, así como la optimización del uso de herramientas tecnológicas que soportan el seguimiento.

En consecuencia, aunque el monitoreo presenta un nivel adecuado en su estructuración metodológica, su fortalecimiento en términos de cobertura efectiva, profundidad analítica y calidad de la información permitirá potenciar el rol de la segunda línea de defensa, generando mayor valor en la toma de decisiones y en la gestión efectiva del riesgo institucional.

6.5. Identificación de riesgos materializados

El presente análisis identifica la materialización de riesgos institucionales a partir de la integración de diversas fuentes de información, incluyendo auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión, investigaciones disciplinarias, informes de PQRSD, la Evaluación del Sistema de Control Interno y la Matriz de Consolidación de Hallazgos.

Con base en los lineamientos del DAFP, los hallazgos se analizan como evidencias de riesgos materializados, al reflejar la ocurrencia de eventos que superaron los controles establecidos y afectaron el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este enfoque permite identificar debilidades en la gestión, la calidad de la información, la efectividad de los controles y la gestión del riesgo.

Así mismo, se evidenció la existencia de riesgos no contemplados en la matriz institucional, lo que refleja debilidades en su identificación y actualización, y la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo y la articulación de las líneas de defensa.

Posibles riesgos materializados identificados en fuentes de información institucional

Num. Riesgo	Tipo de riesgo	Evento materializado consolidado	Proceso / Unidad Organizacional	¿Está en la matriz?	EVIDENCIA
GRC-11	Gestión / Estratégico	Incumplimiento reiterado en tiempos de respuesta PQRSD, afectando la imagen institucional y el control	Grupo Atención al Ciudadano	Sí	Informe PQRSD 2025 – Num 6, 8 Matriz Hrgos SCI_2026
SIG-21	Gestión / Seguridad de la Información	Falta de registros, trazabilidad, inconsistencias y pérdida de información institucional	SIC / Financiero / PQRSD	Sí	Matriz Hallazgos 2026 – Ítems 1, 3, 10, 39 Matriz Hrgos SCI_2026
SIG-22	Gestión	Debilidad estructural en seguimiento, control, planes de mejoramiento y líneas de defensa	Transversal / Ambiental / Financiero	Sí	Informe SCI 2025 – Ítems 5.6, 17.3 Matriz Hrgos SCI_2026
GITS-36	Seguridad de la Información	Debilidades en controles tecnológicos, seguridad, integridad y disponibilidad de la información	TI / Financiero / SIC	Sí	Informe SCI 2025 – Ítem 13.4 Matriz Hrgos SCI_2026
GSF-208	Integridad / Gestión	Ejecución sin controles (contratos, recursos, funciones), afectando legalidad y transparencia	SIC / Financiero	Sí	Matriz Hallazgos 2026 – Ítems 2, 6, 9, 38
GCPF-41	Integridad (Corrupción)	Debilidades en gestión de conflictos de interés y ética institucional	Secretaría General / Transversal	Sí	Informe SCI 2025 – Ítem 1.2 Matriz Hrgos SCI_2026
GTH-23	Gestión	Deficiencias en planeación del talento humano y asignación de responsabilidades	Talento Humano	Sí	Informe SCI 2025 – Ítem 4.1 Matriz Hrgos SCI_2026
GPI-14	Gestión / Estratégico	Incumplimiento de planeación (POA, infraestructura, gestión institucional)	Administrativa	Sí	Auditoría SIG – Hallazgo 2.3
GSF-199	Gestión	Deficiencias en medición, seguimiento y análisis de indicadores	Administrativa / PQRSD	Sí	Informe PQRSD 2025 – Num 7 Matriz Hrgos SCI_2026
GITS-36	Seguridad de la Información / Integridad	Uso indebido de información, divulgación sin control y manipulación de evidencia	Direcciones Regionales y Seccionales	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hechos 2, 21, 33 Matriz Hrgos SCI_2026



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026

Página 10 de 20

Num. Riesgo	Tipo de riesgo	Evento materializado consolidado	Proceso / Unidad Organizacional	¿Está en la matriz?	EVIDENCIA
GSF-208	Integridad (Corrupción)	Falsedad documental, prevaricato y decisiones indebidas	Dirección General / Unidades Forenses	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hechos 10, 12 Matriz Hrgos SCI_2026
SIG-21	Gestión / Seguridad de la Información	Pérdida de expedientes, evidencia y documentación crítica	Regional Bogotá / Patología Forense	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hechos 17, 18 Matriz Hrgos SCI_2026
GSF-199	Gestión	Mora en informes periciales que afecta prestación del servicio	Direcciones Regionales / Unidades Básicas	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hechos 6, 11, 13, 23 Matriz Hrgos SCI_2026
GSF-208	Integridad / Gestión	Irregularidades en valoraciones medicolegales y diagnósticos	Direcciones Regionales / Seccionales	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hechos 4, 5, 20, 24 Matriz Hrgos SCI_2026
GSF-208	Integridad	Conflicto de interés en actuación pericial	Dirección Regional Bogotá	Sí	Investigaciones Disciplinarias – Hecho 32 Matriz Hrgos SCI_2026
SIG-22	Gestión / Riesgos	Falta de identificación, actualización y gestión de riesgos institucionales	Ambiental / Financiero Planeación	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítems 25, 45 Matriz Hrgos SCI_2026
GSF-208	Integridad / Financiero	Pérdida de recursos, cartera y activos por debilidad documental y control	Financiero	Sí	Matriz Hallazgos 2026 – Ítems 43, 44 Matriz Hrgos SCI_2026
SIG-21	Gestión	Inconsistencias contables, partidas no conciliadas y errores financieros	Financiero	Sí	Matriz Hallazgos 2026 – Ítems 35, 40, 41 Matriz Hrgos SCI_2026
N/A	Gestión	Ausencia de lineamientos formales para la gestión de aportes en convenios	SIC	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 14
N/A	Gestión	Falta de estructura formal, roles y responsabilidades del Sistema de Gestión Ambiental	Gestión Ambiental	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 18
N/A	Gestión	No determinación de línea base energética ni cumplimiento de reporte obligatorio UPME	Gestión Ambiental	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 23
N/A	Gestión / Riesgos	No identificación de riesgos en el proceso de gestión ambiental	Gestión Ambiental	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 25
N/A	Gestión	Inconsistencias entre estructura organizacional y operación real de dependencias	Gestión Financiera	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 27
N/A	Gestión	No implementación efectiva del sistema de costos institucional	Gestión Financiera	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 34
N/A	Gestión / Riesgos	No actualización ni gestión del mapa de riesgos institucional	Gestión Financiera	No	Matriz Hallazgos 2026 – Ítem 45
N/A	Gestión	No funcionamiento continuo de canales de atención (líneas PQRSD)	Atención Ciudadano al	No	Informe PQRSD 2025 – Numeral 8.1
N/A	Gestión / Seguridad de la Información	Uso de canales no oficiales que impiden trazabilidad de PQRSD	Atención Ciudadano al	No	Informe PQRSD 2025 – Numeral 5.2.1
N/A	Gestión	Débil articulación entre comités y líneas de reporte institucional	Transversal	No	Informe SCI 2025 – Ítem 2.1
N/A	Gestión / Riesgos	No está definido el criterio institucional de materialización del riesgo	Planeación	No	Informe SCI 2025 – Ítem 7.4
N/A	Integridad (Corrupción)	No identificación de procesos susceptibles a corrupción ni segregación de funciones	Transversal	No	Informe SCI 2025 – Ítem 8.1

Los códigos asignados fueron mapeados con base en:

- Naturaleza del riesgo
- Descripción en matriz
- Coincidencia conceptual con el hallazgo

Los códigos N/A corresponden a riesgos no identificados en la matriz institucional, lo cual constituye una debilidad en la identificación del riesgo (DAFP).

El análisis consolidado de riesgos evidencia la materialización de eventos de alto impacto que afectan el Sistema de Control Interno, los cuales fueron identificados a partir de las fuentes de información citadas anteriormente. Estos resultados demuestran fallas en la efectividad de los controles, debilidades en la gestión del riesgo y afectaciones en la confiabilidad de la información, la gestión institucional y la integridad en el uso de los recursos.

No obstante, se identifica una brecha relevante frente a lo reportado por la Oficina de Planeación, la cual señaló que “no aplica” la materialización de riesgos, al no existir reportes formales por parte de las unidades organizacionales ni información remitida a instancias disciplinarias. Esta situación evidencia una desarticulación entre los mecanismos de reporte de la segunda línea de defensa y las fuentes de evaluación independiente, lo que limita la identificación oportuna y formal de los riesgos materializados.

En consecuencia, se concluye que, si bien existen evidencias objetivas de materialización de riesgos, estas no están siendo adecuadamente reportadas, registradas ni gestionadas en la matriz institucional, lo cual afecta la efectividad del Sistema de Control Interno y requiere fortalecer los procesos de identificación, reporte y seguimiento del riesgo a nivel institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 11 de 20

6.6. Evaluación de Indicadores de Gestión del Riesgo

Indicador No. 9832: % de Cumplimiento de los objetivos de la política de gestión de riesgos

El indicador reporta un cumplimiento del 100% (4/4), superando la meta del 90%. No obstante, desde una perspectiva técnica de gestión del riesgo y control interno, este resultado no refleja adecuadamente la efectividad real del sistema, debido a limitaciones en su diseño y alcance.

El indicador presenta una debilidad metodológica estructural, al centrarse en el cumplimiento formal de actividades sin evaluar variables críticas como:

- Eficacia y funcionamiento de controles,
- Comportamiento del riesgo residual,
- Materialización de riesgos,
- Calidad del monitoreo,
- Oportunidad y efectividad de las acciones,
- Resultados de auditoría e insumos de otras fuentes (PQRSD, eventos, riesgos emergentes).

Adicionalmente, existe inconsistencia entre el resultado reportado y los hallazgos de auditoría, los cuales evidencian debilidades significativas en controles, materialización de riesgos, vacíos en identificación y fallas en el monitoreo por parte de la segunda línea de defensa. Esto compromete la confiabilidad del indicador como medida del cumplimiento real de la política.

El numerador carece de criterios objetivos y verificables, lo que limita su trazabilidad y favorece una medición basada en evidencia documental más que en resultados efectivos. En consecuencia, el indicador sobreestima el desempeño institucional y reduce su utilidad para la toma de decisiones.

Indicador No. 9616: % de eficacia de la gestión del riesgo institucional

El indicador presenta resultados de 100% en el segundo cuatrimestre y 88,46% en el tercero, evidenciando variaciones no necesariamente asociadas a una medición robusta de la eficacia.

Se identifica una debilidad conceptual en la definición de “riesgo eficaz”, al asociarla únicamente con la existencia de controles o la no materialización del riesgo, lo cual no se alinea con criterios técnicos de eficacia, tales como:

- reducción del riesgo residual,
- funcionamiento demostrado de controles,
- mitigación efectiva del impacto y la probabilidad.

Asimismo, se presenta una inconsistencia metodológica entre periodos, dado que la ausencia de materialización se asume erróneamente como evidencia de eficacia, sin pruebas de funcionamiento del control.

El indicador también muestra desalineación con los hallazgos de auditoría, donde se evidencian debilidades en controles, seguimiento e identificación de riesgos, lo que sugiere una posible sobreestimación del nivel de eficacia reportado.

La fórmula actual carece de enfoque basado en riesgos, al no considerar criticidad, riesgo residual, controles efectivos ni fuentes de aseguramiento, priorizando cantidad sobre calidad de la gestión. Adicionalmente, la ausencia de tolerancias limita el análisis de desempeño y la gestión por rangos.

6.7. Evaluar la formulación, ejecución y efectividad de los planes de mitigación

La Oficina de Control Interno evaluó las actividades planteadas en el plan de mitigación de las actividades con riesgo residual extremo y alto, en función del artículo 11 de la Política de gestión de riesgos, formalizada en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 que indica “*Artículo 11. Tratamiento del riesgo: El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece que los riesgos residuales categorizados como «bajo» (color verde del mapa de calor) se aceptan y se gestionan a través de las actividades contenidas en cada proceso. Los riesgos categorizados como «moderados», «altos» y «extremos» (color amarillo, naranja y rojo del mapa de calor) se deben reducir y/o evitar la probabilidad de ocurrencia, mediante la implementación de un plan de acción. Estos últimos se incluirán en el mapa de riesgos institucional.*”

A continuación, se presentan los resultados de la validación:

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 12 de 20

Riesgos de integridad pública

Num. Riesgo	UNIDAD ORGANIZACIONAL	NOMBRE DEL RIESGO	Evaluación	OBSERVACIONES OFCI AL PLAN DE MITIGACIÓN
SIG-20	Oficina de Planeación	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.	Alto	Se evidencia inconsistencia entre la información reportada en el avance y la programación de actividades, toda vez que se registra un cumplimiento del 100% mientras que en la descripción solo se menciona la ejecución de una actividad, pese a que en el plan se programaron tres. Adicionalmente, la actividad definida corresponde a seguimiento de controles existentes y no a una acción de tratamiento que modifique o fortalezca dichos controles, incumpliendo lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022.
GCOM-17	Dirección General	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	Extremo	Se evidencia que el riesgo cuenta con una calificación residual extrema; sin embargo, no se definieron actividades de mitigación para la vigencia 2026, lo cual contraviene lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 respecto a la obligatoriedad de tratamiento de riesgos en niveles altos y extremos.
GSF-208	Dirección General Oficial de Seguridad	Posibilidad de entregar información confidencial o sujeta a reserva, para beneficio propio o de un tercero	Extremo	Se evidencia que el riesgo cuenta con una calificación residual extrema; sin embargo, no se definieron actividades de mitigación para la vigencia 2026, lo cual contraviene lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 respecto a la obligatoriedad de tratamiento de riesgos en niveles altos y extremos Se recomienda revisar el traslado del riesgo teniendo en cuenta la propiedad, generación o custodia de la información. Se considera que en los procesos donde recaen estas fases son primera línea de defensa y por ende deben ejecutar controles.
GSF-211	Subdirección de Servicios Forenses	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	Alto	Se identifica que el riesgo corresponde a una tipología de integridad (conflicto de interés). No obstante, aunque las actividades fueron reportadas como finalizadas, se recomienda realizar la reevaluación del nivel de riesgo residual posterior a su ejecución, determinando si su tratamiento fue efectivo o si se requieren acciones adicionales.
GSF-212	Subdirección de Servicios Forenses	Posibilidad de que, por acción u omisión, se cambie, pierda o altere un EMP para beneficio propio o de un tercero.	Extremo	Se evidencia que, aunque las actividades del plan de mitigación se indican finalizadas, en el caso de la Regional Oriente, podría persistir una condición de riesgo extremo, lo que indicaría que el plan implementado no fue totalmente efectivo.
GSF-214	Subdirección de Servicios Forenses	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.	Extremo	Se evidencia que las actividades del plan de mitigación se encuentran en ejecución y reportan avance; no obstante, al tratarse de un riesgo con valoración extrema, se requiere mantener seguimiento continuo para verificar su cumplimiento oportuno y efectividad.
GSF-213	Subdirección de Servicios Forenses	Posibilidad de que, por acción u omisión, se pierda o use de manera indebida el papel de seguridad empleado en los dictámenes de estado grave por enfermedad para beneficio propio o de un tercero.	Extremo	Se evidencia que las actividades del plan de mitigación se encuentran en ejecución y reportan avance; no obstante, al tratarse de un riesgo con valoración extrema, se requiere mantener seguimiento continuo para verificar su cumplimiento oportuno y efectividad.
GSF-216	Subdirección de Servicios Forenses	Posibilidad de presión, influencia indebida y recepción de dádivas para alterar la gestión de las solicitudes o para el trámite de alguno de los servicios misionales prestados por el INMLCF para beneficio propio o de un tercero.	Extremo	Se evidencia que las actividades del plan de mitigación se encuentran en ejecución y reportan avance; no obstante, al tratarse de un riesgo con valoración extrema, se requiere mantener seguimiento continuo para verificar su cumplimiento oportuno y efectividad.
GCPF-38 GCPF-41 GCPF-44	Subdirección de Investigación Científica	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.	Extremo	Se identifica que el riesgo corresponde a una tipología de integridad (conflicto de interés). Se identifica que el riesgo, clasificado como extremo, no presenta avance en la ejecución de las actividades definidas, pese a contar con fecha de finalización en diciembre de 2026. Esta situación evidencia una programación poco oportuna del tratamiento, que no es consistente con la criticidad del riesgo.
GCPF-42	Subdirección de Investigación Científica	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	Extremo	Se identifica que el riesgo, clasificado como extremo, no presenta avance en la ejecución de las actividades definidas, pese a contar con fecha de finalización en diciembre de 2026. Esta situación evidencia una programación poco oportuna del tratamiento, que no es consistente con la criticidad del riesgo.
GCPF-43	Subdirección de Investigación Científica	Posibilidad de que por presión o influencia indebida (interna o externa) se favorezca a uno o varios peritos que aspiren o participen en el proceso de certificación de peritos forenses, para beneficio propio o de un tercero.	Extremo	Se identifica que el riesgo, clasificado como extremo, no presenta avance en la ejecución de las actividades definidas, pese a contar con fecha de finalización en diciembre de 2026. Esta situación evidencia una programación no adecuada del tratamiento, que no es consistente con la criticidad del riesgo.
GA-142	Subdirección Administrativa y Financiera	Posibilidad de pérdida económica por pérdida de elementos del instituto que están bajo custodia del Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios a causa de obtener un beneficio propio o para un tercero.	Alto	Se identifica que el riesgo, clasificado como alto, no presenta avance en la ejecución de las actividades definidas, pese a contar con fecha de finalización en diciembre de 2026. Esta situación evidencia una programación no adecuada del tratamiento, que no es consistente con la criticidad del riesgo. Se recomienda evaluar que las actividades programadas sean incluidas como controles permanentes para este riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026		Página 13 de 20
---	---	--	-----------------

Num. Riesgo	UNIDAD ORGANIZACIONAL	NOMBRE DEL RIESGO	Evaluación	OBSERVACIONES OFCI AL PLAN DE MITIGACIÓN
GC-5	Secretaría General	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dación por favorecimiento a un proponente al establecer requisitos de selección en la etapa precontractual o de ejecución que no atienden a la normatividad vigente.	Extremo	Se evidencia que, aunque se reportan evidencias de ejecución de actividades en la matriz, estas no se encuentran organizadas o disponibles en el repositorio correspondiente al proceso contractual. Adicionalmente, existe inconsistencia entre las fechas de ejecución reportadas <i>"Las dos primeras actividades tienen fecha de compromiso 30 de abril y esta última tiene fecha de 15 de diciembre de 2026 y la fecha registrada en la matriz (31/12/2026), lo que afecta la trazabilidad y el seguimiento oportuno.</i>
GF-82	Subdirección Administrativa y Financiera	Posibilidad de pérdida reputacional por generación de obligaciones presupuestales no programadas en la solicitud de PAC a causa de obtener un beneficio propio o para un tercero.	Alto	Se evidencia que la actividad definida en el plan "Aplicar los lineamientos establecidos, para definir los criterios de priorización en la generación mensual de obligaciones presupuestales" corresponde a la aplicación o seguimiento de lineamientos existentes, sin incorporar acciones adicionales de control o fortalecimiento, por lo cual no constituye una medida de tratamiento del riesgo, incumpliendo el artículo 11 <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022.
GITS-36	Dirección General	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.	Extremo	Se identifica este riesgo en la matriz de riesgos del 2026 publicada en la página web https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1261787/Matriz_Riesgos_2026_v2.xlsx Se evidencia que el riesgo cuenta con una calificación residual extrema; sin embargo, no se definieron actividades de mitigación para la vigencia 2026, lo cual contraviene lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 respecto a la obligatoriedad de tratamiento de riesgos en niveles altos y extremos.
GSJ-13	Oficina Jurídica	Posibilidad que los profesionales con funciones jurídicas lesionen por acción u omisión los intereses de la entidad mediante el uso indebido del cargo, de la investidura y de la información, para la obtención de un beneficio propio o para favorecer a un tercero.	Extremo	Se evidencia que, aunque las actividades están definidas con periodicidad trimestral, no se ejecutaron en el primer cuatrimestre de 2026. Asimismo, se presenta falta de coherencia entre la periodicidad de ejecución y las fechas de finalización registradas, lo que dificulta el seguimiento oportuno.
GSEC-40	Oficina de Control Interno	Posibilidad de elaborar informes de Ley y de auditorías internas del Sistema de Control Interno que no aseguren la veracidad o completitud de estos debido a la omisión de información o alteración de los resultados para beneficio propio o de terceros.	No registró medición	El riesgo corresponde a la Oficina de Control Interno, razón por la cual no es objeto de seguimiento dentro del presente ejercicio, en aplicación del principio de independencia de la función de auditoría interna.

Como conclusiones de la valoración de los planes de mitigación de los riesgos de integralidad se evidencia que riesgos clasificados en nivel **alto y extremo** no cuentan con planes de mitigación definidos (GCOM-17, GSF-208, GITS-36), lo cual no es consistente con lo establecido en el artículo 11 de la política de gestión de riesgos. Se concluye que existe una brecha en la aplicación del tratamiento del riesgo, especialmente en aquellos casos que requieren acciones prioritarias.

Así mismo, se evidencian inconsistencias en la información reportada (cumplimientos no soportados, incoherencia en fechas y periodicidad), así como deficiencias en la gestión de evidencias y repositorios documentales. Esto afecta la trazabilidad, la confiabilidad del seguimiento y la capacidad de verificar el cumplimiento real de los planes de mitigación.

Riesgos de gestión

Num. Riesgo	UNIDAD ORGANIZACIONAL	NOMBRE DEL RIESGO	Evaluación	OBSERVACIONES OFCI AL PLAN DE MITIGACIÓN
GPI-15	Oficina de Planeación	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 de los proyectos de inversión	Alto	Se evidencia cumplimiento de las dos actividades. Se recomienda evaluar el nivel residual del riesgo una vez que se ha ejecutado al 100% el plan de mitigación y ver la posibilidad de implementar como controles permanentes las actividades del plan.
GCOM-19	Dirección General	Posibilidad de afectación reputacional por uso incorrecto de piezas de comunicación, debido al incumplimiento de requisitos de diseño, estructura, estética y lenguaje claro.	Extremo	Se evidencia que el riesgo cuenta con una calificación residual extrema; sin embargo, no se definieron actividades de mitigación para la vigencia 2026, lo cual contraviene lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 respecto a la obligatoriedad de tratamiento de riesgos en niveles altos y extremos.
GSF-198	Dirección General Grupo Nacional de Analítica y Gobernanza de Datos	Posibilidad de afectación reputacional por inoportuna o inadecuada respuesta de solicitudes realizadas por las partes interesadas, debido a inconsistencias o imprecisión de estas por parte de los responsables asignados para dar respuesta	Alto	Se identifica este riesgo en la matriz de riesgos del 2026 publicada en la página web https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1261787/Matriz_Riesgos_2026_v2.xlsx Se evidencia que el riesgo cuenta con una calificación residual Alto; sin embargo, no se definieron actividades de mitigación para la vigencia 2026, lo cual contraviene lo establecido en el artículo 11, <i>Tratamiento del riesgo</i> , de la política de gestión de riesgos descrita en la resolución 1142 del 29 de diciembre de 2022 respecto a la obligatoriedad de tratamiento de riesgos en niveles altos y extremos.
GSF-201	Subdirección de Servicios Forenses	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	Extremo	Se recomienda redefinir la fecha real de ejecución del plan, con el fin de realizar un monitoreo oportuno.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026 Página 14 de 20
---	---

Num. Riesgo	UNIDAD ORGANIZACIONAL	NOMBRE DEL RIESGO	Evaluación	OBSERVACIONES OFCÍ AL PLAN DE MITIGACIÓN
		el registro de los datos en los sistemas de información.		
GC-6	Secretaría General	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	Alto	Se evidencia que, aunque se reportan evidencias de ejecución de las actividades, estas no se encuentran disponibles u organizadas en el repositorio del proceso contractual, específicamente en la carpeta correspondiente, lo que afecta la trazabilidad y verificación del cumplimiento.
GITS-37	Dirección General	Posibilidad de afectación reputacional por manejo inadecuado del recurso informático debido a que no se tiene implementado un control que impida la descarga de software ajeno a la operación, así como ausencia de procedimientos y políticas que respalden los controles «software instalado»	No registra	Se recomienda realizar urgentemente la revisión de este riesgo para determinar su nivel de riesgo residual
GSST-16	Oficina de Personal	Posibilidad de afectación económica por falta de ejecución de las actividades y cumplimiento de las normativas nacionales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) a causa de ausencia del seguimiento al ciclo PHVA y actualización de la matriz legal SST, ocasionando posibles multas y sanciones del ente regulador.	Alto	Se recomienda revisar la posibilidad de incluir las actividades del plan de mitigación como controles permanentes del riesgo, para posteriormente evaluar el nivel de riesgo residual.
GSJ-14	Oficina Jurídica	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	Extremo	Se recomienda establecer periodicidad en la actividad 1, definiendo también el alcance de abogados, si la totalidad o a algunos de ellos.

Como conclusiones de la valoración de los planes de mitigación de los riesgos de gestión se evidencia que varios riesgos clasificados en nivel **alto y extremo** no cuentan con planes de mitigación definidos para la vigencia evaluada o presentan programaciones y definiciones que no garantizan un tratamiento oportuno y efectivo, en contravía de lo establecido en la política institucional de gestión de riesgos. Esta situación limita la capacidad de la entidad para gestionar adecuadamente los riesgos críticos y reduce la efectividad del sistema en la prevención de impactos reputacionales, operativos y financieros.

Adicionalmente, se identifican debilidades en la gestión de los planes de mitigación relacionadas con la disponibilidad y organización de evidencias, la definición de parámetros de seguimiento (como fechas y periodicidad) y la evaluación del nivel de riesgo residual posterior a la ejecución de las actividades. Estas situaciones afectan la trazabilidad, la verificación objetiva del cumplimiento y la medición de la efectividad de los controles, elementos clave para asegurar una gestión integral del riesgo.

Riesgos de Seguridad de la información

Num. Riesgo	Unidad Organizacional	Nombre Riesgo	Evaluación	OBSERVACIONES OFCÍ AL PLAN DE MITIGACIÓN
SOF-008	Grupo Nacional de Certificación Forense	Posibilidad de alteración o pérdida de datos que afecte la INTEGRIDAD de la información sensible del instituto.	Alto	Se evidencia que en el seguimiento del plan se registra "Sin registro de información", sin que se determine si para el primer cuatrimestre estaba prevista la ejecución o reporte de avance de la actividad, lo que limita la evaluación de su cumplimiento oportuno. Adicionalmente, se observa que la actividad contiene el texto "En el mes de agosto de 2025, se actualizó el instructivo "ACCESO, MANTENIMIENTO, DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE PERITOS FORENSES" (código DG-M-I-141)", lo cual no guarda coherencia con la actividad definida para la vigencia 2026, correspondiente a la elaboración de un documento para la clasificación de la información. Esta situación evidencia inconsistencias entre la actividad programada y la información reportada en el seguimiento, generando falta de claridad sobre el avance real y afectando la trazabilidad y el monitoreo del plan de mitigación.
INF-063	Oficina de Personal	Posibilidad de pérdida de CONFIDENCIALIDAD de información sensible, permitiendo acceso no autorizado o divulgación indebida	Alto	Se evidencia que el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa no incorpora una evaluación cualitativa de los planes de mitigación, limitándose a reportar avances sin analizar atributos clave como la pertinencia del plan frente al riesgo identificado, su coherencia con los criterios definidos en la planeación, la necesidad de reformulación de las acciones o la efectividad en la reducción del riesgo. Adicionalmente, se observa que las tareas asociadas a la actividad 2 no cuentan con fechas definidas de cumplimiento, lo cual impide determinar la oportunidad en su ejecución y limita la capacidad de la segunda línea para realizar un monitoreo específico, trazable y basado en hitos verificables.
INF-064	Oficina de Personal	Posibilidad de pérdida de CONFIDENCIALIDAD de información sensible, permitiendo acceso no autorizado o divulgación indebida	Alto	Se evidencia que el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa no incorpora una evaluación cualitativa de los planes de mitigación, limitándose a reportar avances sin analizar atributos clave como la pertinencia del plan frente al riesgo identificado, su coherencia con los criterios definidos en la planeación, la necesidad de reformulación de las acciones o la efectividad en la reducción del riesgo. Adicionalmente, se observa que las tareas asociadas a la actividad 2 no cuentan con fechas definidas de cumplimiento, lo cual impide determinar la oportunidad en su ejecución y limita la capacidad de la segunda línea para realizar un monitoreo específico, trazable y basado en hitos verificables.
SOF-010	Oficina de Personal	Posibilidad de pérdida de CONFIDENCIALIDAD de información sensible, permitiendo acceso no autorizado o divulgación indebida	Alto	Se evidencia que las actividades de mitigación se encuentran programadas para el tercer cuatrimestre de la vigencia, a pesar de que el riesgo mantiene una calificación residual en nivel alto, lo cual no es consistente con la necesidad de implementar acciones oportunas para su reducción. En este sentido, la programación diferida de las actividades limita la capacidad de respuesta frente al riesgo y puede afectar su adecuada mitigación durante la vigencia evaluada. Se recomienda evaluar la pertinencia de la programación de las actividades, considerando el nivel de criticidad del riesgo, con el fin de anticipar su ejecución y asegurar un tratamiento más oportuno y efectivo.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 15 de 20

Num. Riesgo	Unidad Organizacional	Nombre Riesgo	Evaluación	OBSERVACIONES OFCI AL PLAN DE MITIGACIÓN
INF-068 INF-070	Oficina de Control Interno	Posibilidad de interrupción en la DISPONIBILIDAD de la información requerida, afectando el cumplimiento de los términos establecidos.	Alto	No se realiza evaluación dentro del presente seguimiento, dado que la actividad corresponde a la Oficina de Control Interno, en aplicación del principio de independencia de la función de auditoría interna y la segregación de responsabilidades entre líneas de defensa.
INF-071	Grupo Nacional de Atención y Servicio al Ciudadano	Posibilidad de alteración o pérdida de datos que afecte la INTEGRIDAD de la información sensible del instituto.	Alto	Se evidencia que las actividades de mitigación se encuentran programadas para el tercer cuatrimestre de la vigencia, a pesar de que el riesgo mantiene una calificación residual en nivel alto, lo cual no es consistente con la necesidad de implementar acciones oportunas para su reducción. En este sentido, la programación diferida de las actividades limita la capacidad de respuesta frente al riesgo y puede afectar su adecuada mitigación durante la vigencia evaluada. Se recomienda evaluar la pertinencia de la programación de las actividades, considerando el nivel de criticidad del riesgo, con el fin de anticipar su ejecución y asegurar un tratamiento más oportuno y efectivo.

Se identifican oportunidades de fortalecimiento en la calidad del seguimiento de los planes de mitigación de riesgos de seguridad de la información, particularmente en la consistencia de la información reportada, la trazabilidad de los avances y la coherencia entre lo planificado y lo ejecutado, así como en la definición de criterios claros de seguimiento.

De igual manera, se evidencia la necesidad de fortalecer la oportunidad y el análisis de la efectividad del tratamiento del riesgo, mediante la adopción de enfoques más analíticos que permitan evaluar la pertinencia e impacto de las acciones implementadas frente a riesgos de alta criticidad.

En términos generales, la Oficina de Control Interno evidenció que los planes de mitigación asociados a riesgos de integridad, gestión y seguridad de la información presentan oportunidades de fortalecimiento en su formulación, ejecución y seguimiento.

En particular, se identificó que las actividades definidas tienden a concentrar sus fechas de finalización hacia el cierre de la vigencia, lo que limita el seguimiento oportuno y la gestión efectiva del riesgo, especialmente en aquellos de mayor criticidad. Así mismo, se evidencian inconsistencias entre la programación y la ejecución de actividades, lo que afecta la trazabilidad y dificulta la verificación del avance real de los planes.

De igual manera, se presentan oportunidades para fortalecer la gestión de evidencias, dado que en algunos procesos no se cuenta con soportes suficientes o adecuadamente organizados que permitan validar la ejecución efectiva de las actividades, impactando la confiabilidad de la información reportada y la evaluación objetiva de los resultados.

En este contexto, se hace necesario consolidar criterios más robustos para el seguimiento de los planes de mitigación, orientados a asegurar la calidad, oportunidad y coherencia de la información, así como el análisis del aporte real de las acciones a la reducción del riesgo residual.

En consecuencia, el fortalecimiento de estos aspectos permitirá mejorar la consistencia del monitoreo, la trazabilidad de la gestión y la efectividad de los planes de mitigación, contribuyendo a una gestión del riesgo más oportuna, integral y orientada a resultados.

6.8. Evaluación del Plan de Mejoramiento

Del análisis del avance reportado en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), se evidencia que el plan presenta avances parciales y debilidades estructurales en la ejecución de actividades relacionadas con actualización normativa, fortalecimiento metodológico, gestión integral del riesgo, riesgos de corrupción, riesgos fiscales y fraude, monitoreo, divulgación y articulación institucional en gestión del riesgo.

No.	Observaciones	Registro
1	La Política de Gestión de Riesgos no fue actualizada en la vigencia 2025	Actividad 1.1 – Parcialmente realizado
2	El procedimiento de Gestión de Riesgos no fue actualizado conforme a Guía DAFP V7	Actividad 1.2 – No realizado
3	No existe actualización metodológica integral del proceso de riesgos	Actividad 1.2
4	Persisten debilidades en ISOLUCIÓN para gestión integral de riesgos	Actividad 1.2
5	No se evidenció divulgación de estrategias para riesgos fiscales, fraude, LA/FT	Actividad 2.3 – No realizado
6	No se presentaron riesgos materializados ante el CICC	Actividad 3.2 – No realizado
7	El monitoreo PQRSD no cubrió todas las regionales	Actividad 1.5 – Parcialmente realizado
8	No se identificaron posibles hechos de corrupción derivados del monitoreo PQRSD	Actividad 1.5
9	Las conclusiones de seguimiento no generan diagnóstico integral	Actividad 1.5
10	Existen actividades formuladas con fechas ambiguas y sin metas claras	Actividades 1.1 y 1.2
11	No existen indicadores de impacto en socializaciones	Actividades 1.1 y 1.2
12	No se evidencia integración efectiva de riesgos fiscales y fraude	Actividad 2.2 y hallazgos OCI
13	Persisten debilidades en gestión preventiva y cultura del riesgo	Varias actividades

Se evidencian avances positivos en: diagnóstico de conflictos de interés, divulgación de canales de denuncia, seguimiento a SIGEP II, seguimiento a bienes y rentas, publicación de infografía LA/FT.

Estas actividades muestran generación de productos documentales, evidencias verificables y articulación parcial con transparencia y ética pública.

Sin embargo, se evidencian debilidades la actualización de Política de Gestión de Riesgos, Procedimiento de Gestión de Riesgos y articulación de los lineamientos metodológicos alineados al DAFP V7.

Así mismo, se evidencia debilidad en integración de riesgos fiscales y fraude y falta de estrategias preventivas, divulgación, identificación formal y mecanismos institucionales integrales para el análisis y monitoreo.

En cuanto a la gobernanza del riesgo, no se evidenció la presentación de riesgos materializados ante CICC y efectividad de segunda línea.

Evaluación del nivel de avance:

Componente	Evaluación Técnica
Cumplimiento operativo	Parcial
Cumplimiento metodológico	Bajo
Fortalecimiento de gestión del riesgo	Parcial
Integración riesgos corrupción/fraude	Bajo
Gestión preventiva	Bajo
Madurez institucional	Intermedia-baja
Articulación con DAFP V7	Parcial
Fortalecimiento segundo línea	Bajo
Evidencia de mejora continua	Parcial

Adicionalmente, no se evidencia un plan de mejoramiento formal, centrado en las recomendaciones de los informes de Gestión del Riesgo de la Oficina de Control Interno.

Aunque se reportan avances en transparencia, conflictos de interés, divulgación, SIGEP y canales de denuncia, persisten brechas críticas en actualización metodológica, política de riesgos, riesgos fiscales y fraude, socialización, monitoreo integral, articulación institucional, análisis preventivo y gestión de riesgos materializados.

De acuerdo con la Guía DAFP V6/V7, no se evidencia fortalecimiento suficiente de la cultura del riesgo, enfoque preventivo, efectividad de controles, articulación de líneas de defensa, monitoreo integral ni toma de decisiones basada en riesgos.

Adicionalmente, en el PTEP se identifican debilidades en la formulación de actividades, como ausencia de metas medibles, plazos ambiguos, falta de indicadores de impacto y enfoque predominantemente documental.

7. INCUMPLIMIENTOS

Requisito /Alineación	Descripción del incumplimiento
Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas – DAFP versión 7 <i>“La entidad define los procesos que sean necesarios para ordenar e interrelacionar las actividades requeridas para cumplir la misión y para generar los resultados propuestos de la planeación estratégica; en la identificación de cada uno de los procesos se establece el objetivo en función del aporte a la estrategia institucional, la secuencia de actividades requeridas, los responsables, los riesgos, los puntos de control y los indicadores claves para la medición de éstos.”</i> <i>“Para la elaboración de la política para la gestión integral de riesgos (...) el alcance debe dar cobertura a todos los procesos, programas y proyectos”</i> Negrita fuera de texto. <i>“Es necesario tener en cuenta que los mapas de riesgos por proceso deben vincular las tipologías de riesgo aplicables, de acuerdo con las características de cada proceso, su complejidad, interacción con otros procesos, recursos, productos y servicios que gestiona, usuarios que atiende, bien sea internos o externos, con el fin de contar con mapas integrales.”</i>	La evaluación evidenció que, aunque la entidad cuenta con una matriz de riesgos de gestión con cobertura total de los procesos, no se asegura una cobertura integral del mapa de riesgos institucional , presentándose las siguientes debilidades: ● Cobertura parcial de tipologías de riesgo: ○ Ausencia de riesgos de integridad en procesos como Planeación Institucional, Gestión Ambiental y Relacionamento con la Ciudadanía. ○ Falta de identificación de riesgos de seguridad de la información en múltiples procesos estratégicos, misionales y de apoyo. ○ No inclusión de riesgos fiscales en la matriz institucional, en desalineación con la Guía DAFP v7. ● Debilidades en la integralidad del enfoque de riesgo: ○ Identificación aislada de riesgos asociados a conflictos de interés y riesgo fiscal, sin un enfoque articulado entre tipologías. ○ Omisión de riesgos en procesos con exposición relevante, afectando la capacidad preventiva del sistema. ● Inconsistencias en la articulación y coherencia del sistema: ○ Desalineación entre el mapa de procesos y la matriz de riesgos (riesgos asociados a procesos no formalizados).



Requisito /Alineación	Descripción del incumplimiento
Artículo 8 – Resolución 1142 de 2022 “La entidad aplica la gestión del riesgo con un enfoque por procesos y para todos los que hacen parte del mapa de procesos institucional; así mismo, implementa el pensamiento basado en riesgos con el fin de establecer controles y acciones para minimizar los impactos negativos que se puedan presentar.”	○ Clasificación incorrecta de procesos en diferentes matrices (estratégicos, misionales y de apoyo).
Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas – DAFP versión 7 La Guía DAFP v7 establece que el monitoreo de riesgos debe realizarse de manera continua, integral y en todos los niveles y procesos de la entidad, evaluando la efectividad de los controles frente a las causas del riesgo, verificando su contribución al logro de los objetivos y generando información que permita la toma de decisiones, ajuste de controles y mejora del desempeño institucional <i>“La aplicación de técnicas es un proceso dinámico que requiere desarrollarse de forma continua frente a todas las actividades e iniciativas con impacto en los objetivos estratégicos y en todos los niveles de la entidad.”</i> Negrita fuera de texto. <i>“La organización identifica y evalúa los riesgos (...) y realiza seguimiento del desempeño considerando posibles cambios.”</i> Negrita fuera de texto. <i>“Las actividades de control (...) se implementan con el propósito de ofrecer una seguridad razonable respecto al logro de los objetivos.”</i> Negrita fuera de texto.	La evaluación evidenció que, aunque la segunda línea de defensa ejecuta el monitoreo de riesgos y controles mediante instrumentos formales y con cobertura amplia de procesos, no se garantiza un monitoreo integral, analítico y consistente, presentándose las siguientes situaciones: ● Cobertura incompleta y no homogénea: ○ Riesgos sin información o sin evaluación (ej. SOF-008, INF-068, INF-070). ○ Procesos sin seguimiento en el periodo (Gestión Administrativa, Financiera, Certificación de Peritos Forenses). ○ Ausencia de monitoreo en algunas dependencias (Regional Oriente). ● Enfoque limitado del monitoreo: ○ Predominio de registros descriptivos de avances, sin análisis de calidad, coherencia ni impacto. ○ Falta de evaluación de la pertinencia y efectividad de planes de mitigación (ej. INF-063, INF-064, SOF-008). ○ Observaciones generales sin priorización ni valoración del impacto en el riesgo. ● Aplicación parcial de criterios técnicos: ○ Evaluación inconsistente de atributos de control (responsable, frecuencia, acciones ante desviación). ○ Controles descritos sin análisis de suficiencia frente al nivel de riesgo. ○ Casos donde riesgos permanecen en niveles altos o extremos sin evaluación de la efectividad del control (ej. GCOM-17, CERTIF). ● Debilidades en oportunidad y confiabilidad: ○ Información incompleta o no reportada por procesos. ○ Seguimientos realizados fuera de tiempo. ○ Limitaciones en el sistema ISOLUCIÓN que afectan el registro y trazabilidad.
Artículo 11– Resolución 1142 de 2022 <i>“El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece que los riesgos residuales categorizados como «bajo» (color verde del mapa de calor) se aceptan y se gestionan a través de las actividades contenidas en cada proceso. Los riesgos categorizados como «moderados», «altos» y «extremos» (color amarillo, naranja y rojo del mapa de calor) se deben reducir y/o evitar la probabilidad de ocurrencia, mediante la implementación de un plan de acción. Estos últimos se incluirán en el mapa de riesgos institucional.”</i>	La evaluación evidenció que, aunque la entidad cuenta con planes de mitigación formulados para la gestión de riesgos, no se garantiza su adecuada formulación, ejecución ni efectividad, especialmente en los riesgos clasificados en niveles alto y extremo, presentándose las siguientes situaciones: ● Debilidades en la formulación del plan de mitigación: ○ Riesgos críticos sin actividades definidas de tratamiento (ej. GCOM-17, GSF-208, GITS-36, GCOM-19, GSF-198). ○ Actividades formuladas que corresponden a seguimiento de controles existentes y no a acciones reales de tratamiento (ej. SIG-20, GF-82). ○ Programaciones no alineadas con la criticidad del riesgo, con ejecución diferida o concentrada al final de la vigencia. ● Deficiencias en la ejecución de los planes: ○ Actividades no ejecutadas o sin avance pese a su programación. ○ Inconsistencias entre lo reportado y lo ejecutado (cumplimientos del 100% sin soporte suficiente). ○ Falta de coherencia entre fechas, periodicidad y avances reportados. ● Limitaciones en la trazabilidad y evidencia: ○ Ausencia o inadecuada organización de soportes que respalden la ejecución de actividades (ej. Gestión Contractual). ○ Falta de registros claros de avance (“sin información”) o incoherencia entre actividades y evidencias (ej. SOF-008). ● Debilidades en la evaluación de efectividad: ○ Ausencia de análisis del impacto de los planes sobre el riesgo residual. ○ Riesgos que mantienen niveles altos o extremos pese a la ejecución de actividades (ej. GSF-212, GCPF-41, 42, 43). ○ Falta de reevaluación del nivel de riesgo posterior a la implementación de las acciones.

Requisito /Alineación	Descripción del incumplimiento
Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas – DAFP versión 7 Resolución 1142 de 2022 (Artículos 2, 13 y 18) “La entidad debe establecer mecanismos para la medición y seguimiento del riesgo mediante indicadores (KRI), evaluar la efectividad de las estrategias de cultura de riesgo y asegurar la interiorización del Sistema Integrado de Gestión a través de estrategias medibles.	● Oportunidad inadecuada en el tratamiento del riesgo: ○ Actividades programadas tardíamente frente a riesgos críticos (segundo o tercer cuatrimestre). ○ Falta de priorización acorde con la criticidad de los riesgos. ● Ausencia de indicadores de riesgo (KRI): No se evidencian indicadores que permitan medir la exposición al riesgo, su comportamiento ni la efectividad de los controles. ● Debilidades en indicadores existentes: Los indicadores formulados evalúan cumplimiento de actividades y no resultados efectivos de la gestión del riesgo (eficacia de controles, reducción del riesgo residual, materialización). ● Falta de medición de cultura de riesgo: Las actividades desarrolladas (capacitaciones, reuniones, correos) no cuentan con indicadores de impacto, cobertura ni efectividad. ● Estrategias de interiorización sin enfoque estratégico: Las acciones no se estructuran como estrategias integrales ni cuentan con medición de resultados, limitando el cumplimiento del Artículo 18. ● Desarticulación entre medición y realidad del riesgo: Existe incoherencia entre los resultados de indicadores (niveles altos de cumplimiento) y los hallazgos de auditoría que evidencian debilidades en controles, monitoreo y materialización de riesgos.

8. CONCLUSIONES

El INMLCF cuenta con una metodología formal de gestión del riesgo alineada en términos generales con la Guía DAFP v7; sin embargo, su aplicación presenta debilidades en la formulación técnica de riesgos, la definición de controles y la medición de la exposición. En particular, la ausencia de indicadores de riesgo (KRI), criterios de materialización y evaluación sistemática de controles limita la evolución hacia un enfoque estratégico y preventivo.

En relación con la cobertura del mapa de riesgos, si bien se evidencia una identificación amplia de riesgos de gestión en todos los procesos, persisten brechas en su integralidad, principalmente por la incorporación parcial de riesgos de integridad y seguridad de la información, así como la ausencia de riesgos fiscales. Adicionalmente, se identifican inconsistencias entre el mapa de procesos y la matriz de riesgos que afectan la coherencia metodológica, la trazabilidad y la gestión integral del riesgo, evidenciando una implementación aún parcial del enfoque integral.

El monitoreo realizado por la segunda línea de defensa cuenta con una estructura formal y cobertura general; no obstante, presenta limitaciones en su consistencia, completitud y profundidad analítica. Se observan vacíos de información, aplicación no homogénea de criterios y un enfoque centrado en el reporte de avances, sin análisis suficiente de la efectividad de controles ni del impacto de los planes de mitigación. Esto reduce su utilidad para la toma de decisiones y evidencia una implementación parcial de su rol.

En cuanto a la cultura de riesgo, se evidencia la ejecución de actividades orientadas a su promoción; sin embargo, estas no responden a una estrategia institucional estructurada ni cuentan con medición de resultados, por lo que su impacto es limitado y mantiene un nivel de madurez incipiente con enfoque principalmente operativo.

Respecto a los planes de mitigación, aunque existen acciones formuladas y en algunos casos ejecutadas, se presentan debilidades en su diseño, implementación y evaluación. Se identifican riesgos críticos sin planes definidos, actividades que no constituyen tratamiento efectivo, programaciones tardías, inconsistencias en el reporte y deficiencias en la gestión de evidencias. Además, no se evidencian análisis sobre la reducción del riesgo residual, lo que limita la efectividad del tratamiento del riesgo.

Los controles implementados presentan una efectividad parcial, debido a debilidades en su diseño (falta de atributos técnicos), limitada relación con las causas del riesgo y escasa implementación de controles correctivos.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER CUATRIMESTRE 2026	Página 19 de 20

A su vez, el monitoreo no evalúa de manera consistente su suficiencia ni impacto, lo que se refleja en la permanencia de riesgos en niveles altos y extremos, evidenciando una capacidad limitada para reducir la exposición al riesgo.

En materia de mejora continua, se observan avances puntuales; no obstante, estos no se encuentran consolidados en un enfoque estructurado. Persisten debilidades en la actualización de instrumentos metodológicos, la integración de tipologías de riesgo, la articulación institucional y el uso de información proveniente de auditorías y eventos como insumo de mejora.

Así mismo, los indicadores actuales no reflejan de manera adecuada el comportamiento del riesgo ni la efectividad de los controles, al centrarse en el cumplimiento de actividades y no en resultados, lo que genera una sobreestimación del desempeño y reduce su utilidad para la gestión.

Se evidencia, además, la materialización de riesgos relevantes que no han sido reportados formalmente por la segunda línea de defensa, lo que denota fallas en los mecanismos de identificación y reporte, afectando la confiabilidad de la información y la capacidad de respuesta institucional.

Finalmente, no se observa una implementación efectiva de las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en evaluaciones anteriores, lo que limita el fortalecimiento del sistema. En consecuencia, la gestión del riesgo presenta un nivel de madurez intermedio-bajo, con oportunidades significativas para avanzar hacia un enfoque preventivo, integral y orientado a resultados.

Hallazgos Críticos:

- Desarticulación entre líneas de defensa en el reporte de riesgos materializados.
- Indicadores que no reflejan la realidad del riesgo.
- Riesgos críticos sin planes de mitigación.
- Monitoreo limitado y poco analítico.
- Controles con efectividad parcial.
- Baja consolidación de la cultura de riesgo.
- Falta de implementación de recomendaciones previas.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda asegurar la integralidad del mapa de riesgos institucional mediante la inclusión coherente de todas las tipologías de riesgo especialmente integridad, seguridad de la información y riesgos fiscales, en cada proceso, garantizando su alineación con el mapa de procesos y evitando inconsistencias en la identificación, clasificación y asignación de responsabilidades. Así mismo, es necesario adoptar un enfoque transversal que permita analizar causas comunes entre tipologías y fortalecer la gestión preventiva.

Se requiere fortalecer el monitoreo de la segunda línea de defensa, asegurando cobertura completa, calidad y consistencia de la información, así como la estandarización de criterios de seguimiento. Este monitoreo debe evolucionar hacia un enfoque analítico, orientado a evaluar la pertinencia y efectividad de controles y planes de mitigación, facilitando la detección de desviaciones y la toma de decisiones oportuna.

Frente a los planes de mitigación, se recomienda garantizar que todos los riesgos clasificados como altos y extremos cuenten con acciones específicas, oportunas y verificables, evitando concentrar su ejecución al final de la vigencia. Igualmente, es necesario fortalecer su seguimiento mediante evidencias suficientes, organizadas y trazables, así como incorporar análisis sobre su impacto en la reducción del riesgo residual.

Se recomienda implementar indicadores de gestión del riesgo (KRI) orientados a resultados, que permitan medir la exposición al riesgo, la efectividad de los controles y la materialización de eventos, superando el enfoque actual centrado en cumplimiento de actividades.

Es prioritario formalizar el proceso de identificación, reporte y gestión de riesgos materializados, mediante criterios claros y mecanismos obligatorios de registro y análisis, que permitan su consolidación y seguimiento en las instancias de gobernanza.

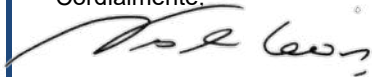
Así mismo, se debe estructurar una estrategia institucional de cultura de riesgo, con objetivos definidos, indicadores y medición de impacto, que promueva su apropiación efectiva en todos los niveles de la entidad.

Finalmente, se recomienda consolidar un plan de mejoramiento específico para la gestión del riesgo, con acciones medibles y seguimiento periódico, orientado al cierre de brechas metodológicas y al fortalecimiento de un enfoque preventivo, integral y basado en resultados.

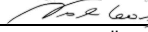
Líneas Prioritarias de Mejora:

- ✓ Fortalecer gobernanza y reporte de riesgos.
- ✓ Implementar indicadores de riesgo (KRI).
- ✓ Garantizar tratamiento de riesgos críticos.
- ✓ Mejorar monitoreo analítico.
- ✓ Consolidar mejora continua.

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. Juan Harbey Numpaque Fonseca – Contratista - Oficina de Control Interno		2026-06-04
Revisó	Carlos Andrés Gutiérrez Basto -Asesor Dirección General asignado a la Oficina de Control Interno		2026-06-04
Aprobó	Néstor Fan León Niño – Jefe Oficina de Control Interno		2026-06-04
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.			