

INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
2025**

TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO.....	4
1. ALCANCE	4
2. CRITERIO(S)	4
2.1. Normatividad Externa.....	4
2.2. Normatividad Interna.	4
3. METODOLOGÍA.	5
4. RESULTADOS DE LA GESTIÓN PARA LA VIGENCIA 2025 DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.....	5
4.1. Rol de Liderazgo Estratégico:	5
4.2. Rol Enfoque Hacia la Prevención:	7
4.3. Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo:	9
4.4. Rol evaluación y Seguimiento:	9
4.5. Rol de Relación con Entes Externos de Control:	16
5. ÍNDICE DE CONTROL INTERNO E ÍNDICE DE DESEMPEÑO EN LÍNEAS DE DEFENSA:	17
5.1. Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG año 2024:	17
6. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:	19
6.1. Ejecución Planes Operativos:	19
6.2. Indicadores de Gestión:	20
6.3. INFORME DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:	21
La Oficina de Control Interno realizó la evaluación de satisfacción del cliente de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Instituto obteniendo los siguientes resultados:.....	21
7. LOGROS	21

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cumplimiento de lo señalado en la Ley 87 de 1993 artículo 9, Decreto 1537 de 2001 artículo 3, Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.5.3, y la guía rol de las Oficinas de Control Interno o quienes hacen sus veces, da cumplimiento a los roles y funciones que le son encomendadas a través de las auditorías que ejecuta, las diferentes asesorías y acompañamientos que presta, la presentación de informes de Ley, el seguimiento y fomento de la cultura del control en cada vigencia, permitiendo esto que la información allí recolectada sirva como insumo para la toma de decisiones y la mejora continua de la gestión institucional.

El presente informe da a conocer el resultado de la gestión realizada por parte de la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025.

OBJETIVO

Presentar el informe de gestión correspondiente a la vigencia 2025, haciendo recuento de todas las actividades Ejecutadas por parte de la Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

1. ALCANCE

El informe de Gestión que presenta la Oficina de Control Interno comprende las actividades planeadas y ejecutadas entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

2. CRITERIO(S)

2.1. Normatividad Externa.

Norma	Artículo Aplicable	Descripción
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 9	Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. PARÁGRAFO. Como mecanismos de verificación y evaluación del control interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.
Decreto 648 de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública	Artículo 2.2.21.5.3.	Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control. El Departamento Administrativo de la Función Pública determinará los lineamientos para el desarrollo de los citados roles."
Guía Rol de las Oficina de Control Interno o quienes hacen sus veces. Versión 3	Numeral 3 Numeral 4 Numeral 5 Numeral 6 Numeral 7	Rol de Liderazgo Estratégico Rol Enfoque hacia la prevención Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo Rol Evaluación y seguimiento Rol Relación con entes externos de control

Tabla 1 Normativa externa

2.2. Normatividad Interna.

Documento	Artículo Aplicable	Descripción
Resolución No. 000261 de 31 de mayo de 2018 "Por la cual se reestructura el Comité de Coordinación de Control Interno".	Artículo 3, Números 1 y 2	1. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno del Instituto, de acuerdo con las características propias de la entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del Sistema, a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control Interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones que surjan de la estructura creada para implementar el Sistema Integrado de Gestión de la entidad.

Documento	Artículo Aplicable	Descripción
		2. Aprobar el Programa Único Nacional de Auditorías (PUNAS) y el Programa Nacional de Asesorías y Acompañamientos (PANA) presentado por el Jefe de la Oficina de Control Interno, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del Plan de Auditorías, de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto de Auditoría y el Procedimiento de Auditorías Internas, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.

Tabla 2 Normatividad Interna

3. METODOLOGÍA.

El presente informe se elabora con base en las evidencias, resultados y actividades programadas y ejecutadas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025, de acuerdo con lo establecido en el PUNAS – Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos, así como en otras actividades adicionales desarrolladas. Todo ello se realizó en concordancia con los cinco roles definidos en la Guía del Rol de las Oficinas de Control Interno o quienes hagan sus veces, Versión 3.

4. RESULTADOS DE LA GESTIÓN PARA LA VIGENCIA 2025 DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

4.1. Rol de Liderazgo Estratégico:

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cumplimiento de su rol de liderazgo estratégico y como parte integral del Sistema de Control Interno, mantiene una relación interna efectiva para el adecuado ejercicio de sus funciones. Esta articulación permite participar activamente y aportar información con enfoque preventivo, con el propósito de generar valor agregado y apoyar la toma de decisiones de la Alta Dirección.

- 4.1.1. **Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno:** Para la vigencia 2025, la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, convocó a doce (12) Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, de los cuales tres (3) fueron ordinarios y nueve (9) extraordinarios, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Número de Acta	Fecha de Realización del Comité	Algunos temas relevantes tratados
Acta No. 01	2025-02-18	Presentación y Aprobación Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimiento - PUNAS 2025 - Comportamiento Mapa de Riesgos - Vigencia 2024 (Oficina de Planeación) - Formulación Mapa de Riesgos - Vigencia 2025. (Oficina de Planeación) - Informes Riesgos de Segunda Línea de Defensa 2024 - 2025. (Oficina de Planeación) - Presentaciones informes de Ley último periodo de la 2024.
Acta No. 02 (Sesión Extraordinaria)	2025-02-26	Presentación y Aprobación Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimiento - PUNAS 2025 - Comportamiento Mapa de Riesgos - Vigencia 2024 (Oficina de Planeación) - Formulación Mapa de Riesgos - Vigencia 2025. (Oficina de Planeación) - Informes Riesgos de Segunda Línea de Defensa 2024 - 2025. (Oficina de Planeación) - Presentaciones informes de Ley último periodo de la 2024.
Acta No. 03 (Sesión)	2025-04-30	Aprobar o rechazar la solicitud de retiro de la auditoria No. AI-SCI-10-2025 proceso

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO 2025

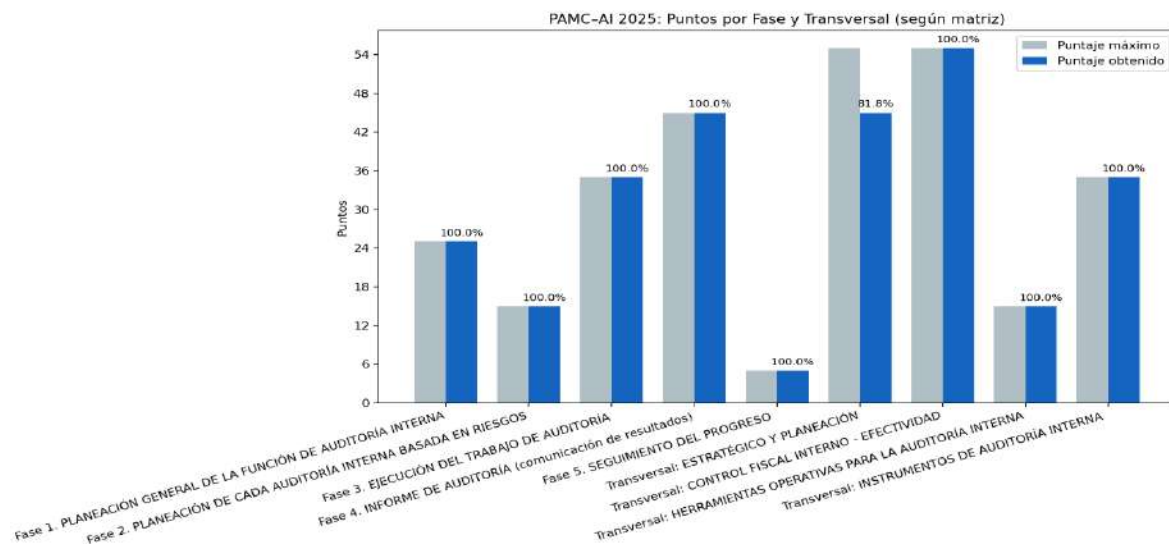
Página 6 de 22

Número de Acta	Fecha de Realización del Comité	Algunos temas relevantes tratados
Extraordinaria)		de Gestión Ambiental del PUNAS 2025 según oficio No. 0185-DG-2025 y oficio No. 044-SSF-2025 - Aprobar la inclusión en el PUNAS 2025 del seguimiento y/o evaluación según lo establecido en el numeral 3 de la Circular Conjunta No. 100-004-2024 de 2024-12-02 del Ministerio de Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública.
Acta No. 04 (Sesión Extraordinaria)	2025-05-23	Modificación auditoria proceso Gestión Administrativa (AI-SCI-03-2025)
Acta No. 05 (Sesión Extraordinaria)	2025-07-14	Discusión, aprobación modificación o cancelación de la Auditoría No. AI-SCI-05-2025 Gestión Administrativa - Accesibilidad al Medio Físico - Espacios de Servicio al Ciudadano NORMA NTC-6047:2013 - Discusión y Aprobar seguimiento a la eficacia y efectividad de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de la auditoría No. AI-02-2023 e informe de seguimiento No. SPM-02-2024 al proceso de Gestión Administrativa- Accesibilidad al Medio Físico - Espacios de Servicio al Ciudadano - Comunicación de Ajustes al Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos - PUNAS 2025.
Acta No. 06 y 07 (Sesión ordinaria)	2025-08-29 2025-09-08	Informe ejecución auditorías internas PUNAS 2025 del Sistema de Control Interno - Presentación Informes de Ley - PUNAS 2025 - Informe ejecución auditorías internas PUNAS 2025 del Sistema Integrado de Gestión y ONAC 2025 - Presentación resultados FURAG 2024 - Estado consolidado de la presentación de informes de las funciones de aseguramiento de la segunda línea de defensa a cargo de la Oficina de Planeación - Informe del estado del Mapa de Riesgos Institucional de acuerdo con el Artículo 13 de la Resolución No. 001142 "Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses". Consolidación del mapa de riesgos "
Acta No. 08 (Sesión extraordinaria)	2025-09-23	Presentación estados financieros vigencia 2024, a junio 30 de 2025 y aspectos tributarios - Presentación de la Gestión del Servicio Pericial primer semestre 2025 (segunda línea de defensa)
Acta No. 09 (Sesión extraordinaria)	2025-10-20	Presentación de funciones e integrantes del Comité - Presentación Oficina de Control Interno
Acta No. 10 (Sesión extraordinaria)	2025-10-27	Informe de segunda línea de defensa sobre "Monitoreo a las actividades contempladas en el Plan Institucional de Capacitación", a cargo de la subdirectora de Investigación Científica - Informe de segunda línea de defensa sobre "Monitoreo de las investigaciones científicas que están en curso", a cargo de la subdirectora de Investigación Científica.
Acta No. 11 (Sesión extraordinaria)	2025-10-30	Informe de las acciones tomadas por los líderes de las políticas institucionales relacionadas con las recomendaciones de los resultados de FURAG 2024 - Ajustes al PUNAS 2025
Acta No. 12 (Sesión ordinaria)	2025-12-23	Resultados Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos – PUNAS 2025 - Necesidades de Auditoría

Tabla 3 Sesiones Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

4.1.2. Resultados del programa de aseguramiento y mejora – PAMC - 2025:

La evaluación se realizó teniendo en cuenta el instrumento de Autodiagnóstico para el Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna del Sector Público Versión 1.0 del DAFP, el cual se basa en fases y actividades del proceso de auditoría interna (Guía basada en riesgos V4, DAFP, 2020), con criterios que combinan normas vinculantes y mejores prácticas. A continuación, se presenta la grafica con el resumen de los resultados:

Ilustración 1 Resultados PAMC 2025

Todas las Fases 1–5 están en cumplimiento total respecto del máximo de su propio componente (100%).

El déficit de 10 puntos frente al máximo (275/285) proviene del componente Transversal. Estratégico y Planeación (45/55; 81,8%). Este es el único componente con brecha cuantitativa; el resto alcanzó el 100%.

Según los resultados anteriores, se evidencia una mejora sostenida del sistema de auditoría para los años 2024 y 2025, teniendo en cuenta el nivel alcanzado del 95% y 96.4% respectivamente lo que corresponde a un nivel de evaluación alto.

4.1.3. Participación en comités como invitado:

Durante la vigencia 2025, el Jefe de la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del rol de liderazgo establecido en el marco normativo, participó como invitado con voz, pero sin voto, en los comités de Conciliación, Cartera y en el Comité Interno de Archivo. En cuanto al Comité Directivo, se asistió a dos (2) sesiones en calidad de invitado para la presentación de los informes de segunda línea de defensa.

En estos espacios se emitieron alertas y recomendaciones cuando fue pertinente, con el propósito de aportar al fortalecimiento de los procesos y apoyar la toma de decisiones informada por parte de la Alta Dirección.

4.2. Rol Enfoque Hacia la Prevención:

Para la Oficina de Control Interno, el cumplimiento del enfoque orientado a la prevención permite que de manera proactiva y estratégica, se culminen eficazmente todas las actividades planificadas y aprobadas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos – PUNAS.

Para la Oficina de Control Interno, la adopción de un enfoque orientado a la prevención constituye un elemento estratégico que permite anticipar riesgos y fortalecer la gestión institucional. Este enfoque, aplicado de manera proactiva, asegura la ejecución eficaz y oportuna de las actividades previstas en el Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos (PUNAS), garantizando el cumplimiento de los objetivos establecidos y la generación de valor agregado en los procesos de control y mejora continua. Las actividades realizadas se describen a continuación:

4.2.1. Asesorías:

Lo anterior se materializa a través de la realización de asesorías en diversos temas, así como de la asistencia brindada por los profesionales de la oficina a las diferentes solicitudes formuladas a nivel nacional durante la vigencia 2025, incluyendo además su participación en acompañamientos relacionados con múltiples asuntos entre los cuales se destacan:

Asesoría sistema de control interno del INMLCF:

La Oficina de Control Interno en el AÑO 2025 programó y ejecutó una (1) asesoría AS-01-2025 "Evaluación independiente del estado del sistema de control interno" en el PUNAS 2025.

ACOMPANIAMIENTO/ASESORIAS OFICINA CONTROL INTERNO 2025				
ITEM	ACTIVIDAD	UNIDAD ORGANIZACIONAL	ASIGNADO A	REALIZADO
1	ASESORÍA AS-01-2025	Lideres de políticas	Genoveva González	2025-07-16

La asesoría se llevó a cabo en las siguientes unidades organizacionales: Oficina de Planeación, Grupo Nacional de Gestión Documental, Grupo Nacional de Tecnologías de la Información y Desarrollo, Oficina de Personal, Secretaría General y Subdirección de Investigación Científica. Esta intervención permitió dar cumplimiento a los objetivos establecidos en el PUNAS y facilitó una evaluación objetiva, integral y detallada del estado del Sistema de Control Interno.

Píldoras de control:

Se realizó campaña informativa y educativa con el fin de fomentar una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, mediante la apropiación progresiva del Sistema de Control Interno, el conocimiento de los roles de la Oficina de Control Interno, el procedimiento de auditorías internas y la política de gestión de riesgo del Instituto, promoviendo el conocimiento y la participación de todos los servidores del INMLCF.

Acompañamientos:

La Oficina de Control Interno, durante el año 2025, realizó cinco (5) acompañamientos en atención a las solicitudes recibidas, relacionados con veedurías de votaciones y la entrega de puestos de trabajo, como se detalla a continuación:

ACOMPANIAMIENTO/ASESORIAS OFICINA CONTROL INTERNO 2025				
ITEM	ACTIVIDAD	SOLICITADO POR	ASIGNADO A	REALIZADO
1	ACOMPANIAMIENTO	Dirección Regional Occidente	Néstor Fan León Niño	2025-04-07 y 2025-04-08
2	ACOMPANIAMIENTO	Dirección Regional Nororient	Lucila Sicachá	2025-10-28 y 2025-10-29
3	ACOMPANIAMIENTO	Dirección Regional Bogotá	Julián Martínez	2025-10-27
4	ACOMPANIAMIENTO	Grupo Nacional de Apoyo Técnico a la Comisión de Carrera Especial	Genoveva González	2025-11-05

5	ACOMPANIAMIENTO	Subdirección de Investigación Científica	Margarita Mejía	2025-12-04
---	-----------------	--	-----------------	------------

Estas intervenciones permitieron brindar asesoría directa a las dependencias solicitantes, verificar el cumplimiento de los procedimientos internos y asegurar que actividades sensibles como las veedurías de votaciones y la entrega de puestos de trabajo se desarrollaran bajo criterios de integridad, trazabilidad y control.

4.3. Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo:

En el marco del rol de aseguramiento asignado a la Oficina de Control Interno, se formuló el Plan Único Nacional de Auditorías – PUNAS 2025, bajo un enfoque basado en riesgos. A partir de su ejecución, se evaluó la efectividad de las actividades desarrolladas durante la vigencia, y sus resultados fueron comunicados oportunamente a la Alta Dirección como insumo para la toma de decisiones estratégicas y la definición de acciones orientadas al fortalecimiento del control interno y la gestión de los riesgos institucionales.

Adicionalmente, mediante las auditorías realizadas y los informes cuatrimestrales de seguimiento a los riesgos institucionales, se evaluó la efectividad de los controles existentes, identificando posibles riesgos emergentes no contemplados en los procesos. Los resultados fueron puestos en conocimiento de los líderes de proceso, la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de apoyar la adopción de acciones preventivas y de mejora.

Asimismo, en el marco de la gestión de riesgos de su proceso, la Oficina de Control Interno identificó un riesgo de gestión y un riesgo de corrupción, para los cuales se definieron y validaron los controles y planes de acción correspondientes, orientados a su mitigación y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

4.4. Rol evaluación y Seguimiento:

En cumplimiento de la normativa vigente y de acuerdo con lo establecido en la Guía del Rol de las Oficinas de Control Interno o quienes hagan sus veces, corresponde a la Oficina de Control Interno planear y ejecutar las auditorías internas al Sistema de Control Interno bajo un enfoque basado en riesgos. Este principio orientador fue aplicado en la formulación y aprobación del Plan Único Nacional de Auditorías y Seguimientos – PUNAS para la vigencia.

4.4.1. Auditorías internas del sistema de control interno

Para el año 2025, el PUNAS incorporó 11 auditorías al Sistema de Control Interno, las cuales fueron aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en sesión extraordinaria del 26 de febrero de 2025. No obstante, las auditorías internas AI-SCI-05-2025 – Gestión Administrativa (“Accesibilidad al medio físico – Espacios de servicio al ciudadano”) y AI-SCI-10-2025 – Gestión Ambiental fueron canceladas por decisión del CICCI en las sesiones realizadas los días 14 de julio y 30 de abril de 2025, respectivamente.

Asimismo, se incluyó una nueva auditoría correspondiente al proceso de Talento Humano, denominada “Comité de Convivencia y Conciliación Laboral” (AI-SCI-12-2025), la cual fue aprobada por el Comité en sesión del 29 de abril de 2025, como resultado final se aprobaron diez (10) auditorías las cuales fueron realizadas en el transcurso de la vigencia.

4.4.1.2. Resultados de las auditorías

Como resultado de estos ajustes, durante la vigencia se ejecutaron 10 auditorías en su totalidad, de las cuales se derivaron ciento un (101) hallazgos, tal como se presenta a continuación:

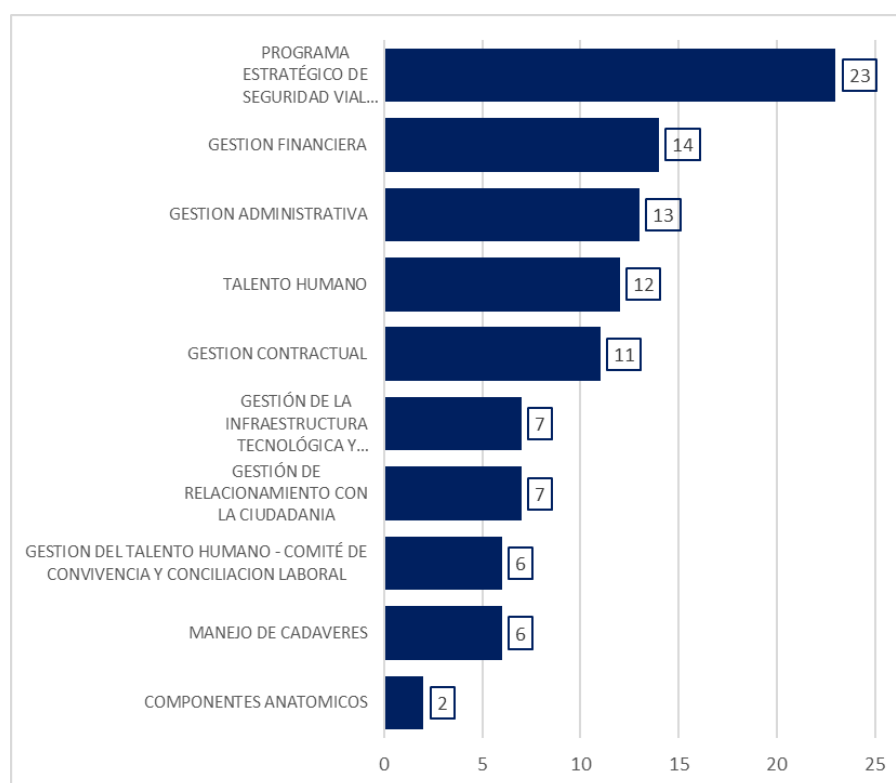


Ilustración 3 Hallazgos vs auditorías PUNAS 2025

Fuente: Oficina de Control Interno Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Según los resultados obtenidos en las auditorías reflejadas en la gráfica de hallazgos por procesos auditados – PUNAS 2025, se evidenciaron debilidades en la totalidad de los procesos evaluados. La mayor concentración de hallazgos se presentó en el Programa Estratégico de Seguridad Vial (PESV), seguido por los procesos de gestión financiera, talento humano, gestión administrativa, gestión contractual, gestión de la infraestructura tecnológica y servicios informáticos y relacionamiento con la ciudadanía. Aunque algunos procesos registraron un menor número de hallazgos, ello no implica un nivel adecuado de control, sino que igualmente requieren atención para prevenir reincidencias y fortalecer los mecanismos existentes.

De igual manera, en cada uno de los informes de auditoría se identificaron las fortalezas de los procesos auditados, junto con las recomendaciones orientadas a mejorar la eficacia de los controles y la gestión institucional.

Los responsables de los procesos evaluados elaboraron los respectivos planes de mejoramiento, los cuales están siendo objeto de seguimiento y verificación a través de la herramienta Isolución. Adicionalmente, los resultados de las auditorías fueron socializados ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI),

comunicados formalmente a la Dirección General y publicados en el portal institucional garantizando la trazabilidad y la articulación institucional para la implementación de las acciones correctivas.

Principales Aspectos que Originaron los Hallazgos Identificados en la Auditoría:

En la siguiente ilustración se relacionan los aspectos que dieron lugar a la identificación de los hallazgos en las auditorías:

Temática hallazgos de las auditorías internas



Ilustración 2 Temática hallazgos de las auditorías internas

Fuente: Oficina de Control Interno Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

La gráfica presenta los principales aspectos que dieron lugar a la identificación de los hallazgos durante el ejercicio auditor. Entre los factores más recurrentes se destacan las debilidades en la gestión contractual y en los procesos de supervisión, la insuficiente gestión de riesgos y las deficiencias en la planeación y gestión de la seguridad vial.

Asimismo, se evidencia la persistencia de limitaciones en materia de tecnologías de la información y Gobierno Digital, así como el incumplimiento y la ausencia de lineamientos institucionales en áreas críticas. Otros aspectos relevantes incluyen debilidades en la custodia y trazabilidad de elementos materiales probatorios (EMP), fallas en las herramientas de seguimiento y monitoreo, gestión inadecuada de bienes, dificultades en los componentes de gobernanza del PESV, y vacíos en la gestión documental.

En conjunto, estos elementos reflejan la necesidad de fortalecer los sistemas de control, la articulación interdependencias y los mecanismos de planificación y supervisión, con el fin de garantizar mayor eficiencia, transparencia y trazabilidad en la gestión institucional.

Resultados por componente del Modelo Estándar de Control Interno - MECI:

De acuerdo con la valoración realizada por el auditor y en cumplimiento de los lineamientos definidos por el Sistema de Control Interno en la Séptima Dimensión del MIPG, se identificaron las siguientes principales debilidades por componente:

Hallazgos versus componente del MECI afectado

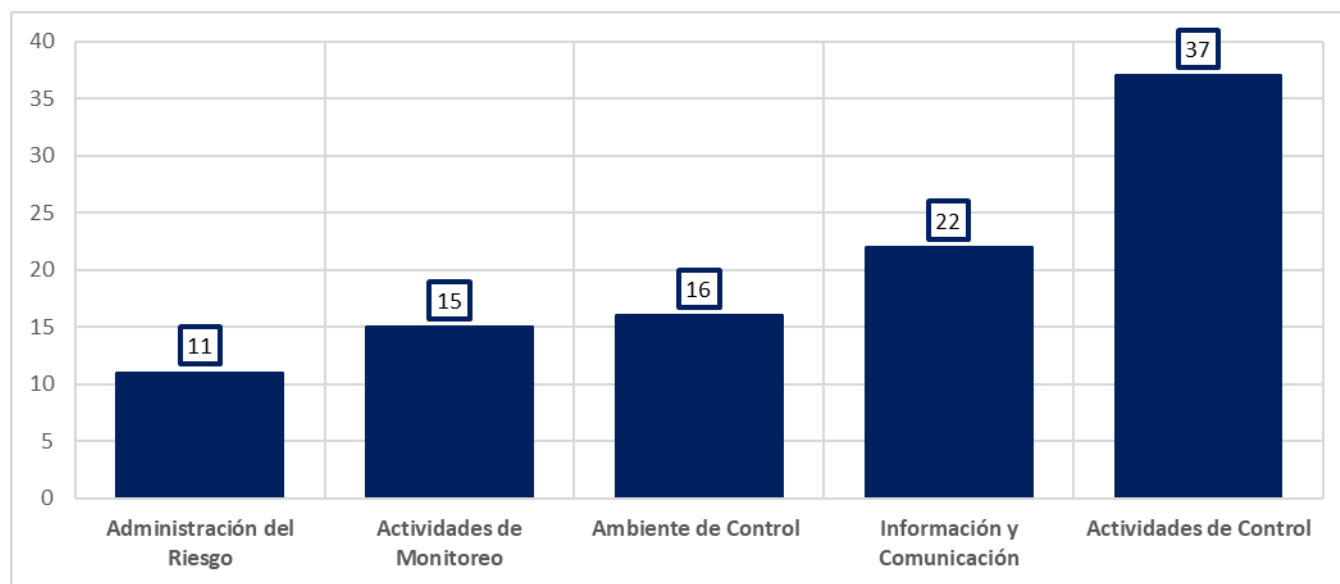


Ilustración 3 Hallazgos versus componente del MECI afectado

Fuente: Oficina de Control Interno Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El análisis de los hallazgos permite identificar tendencias claras en las debilidades asociadas a cada componente del Sistema de Control Interno:

- **Actividades de Control (37 hallazgos):** Es el componente con mayor número de debilidades, evidenciándose fallas significativas en la ejecución oportuna y efectiva de los procedimientos institucionales, así como en la aplicación diaria de los controles establecidos.
- **Información y Comunicación (22 hallazgos):** Se presentan deficiencias relacionadas con la entrega tardía de información, la insuficiencia en la calidad de los datos reportados y la ausencia de canales de comunicación eficientes que garanticen la trazabilidad y disponibilidad de la información.
- **Ambiente de Control (16 hallazgos):** Se observan dificultades asociadas a la gobernanza institucional, la actualización y aplicación de la normatividad interna, y la falta de claridad en la asignación de roles y responsabilidades dentro de los procesos.
- **Actividades de Monitoreo (15 hallazgos):** Las debilidades se centran en la falta de seguimiento sistemático a los planes de mejoramiento, la insuficiente supervisión continua de los procesos y la ausencia de mecanismos de verificación periódica.
- **Administración del Riesgo (11 hallazgos):** Se evidencian omisiones en la identificación, valoración y tratamiento adecuado de riesgos, tanto institucionales como de corrupción, lo que limita la capacidad preventiva y de anticipación frente a eventos que puedan afectar la gestión.

4.4.2. Seguimiento planes de mejoramiento

4.4.2.1 Plan de mejoramiento Oficina de Control Interno

El 14 de noviembre de 2024 se llevó a cabo la Auditoría Interna AI-SCI-07-2024 al Proceso de Gestión del Sistema de Evaluación y Control de la Oficina de Control Interno. Esta auditoría fue ejecutada por la empresa GESOL Gestión y Solución Integral S.A.S., en el marco del contrato No. 0169-SG-2024.

Como resultado del ejercicio auditor, se identificaron dos (2) hallazgos, registrados en el aplicativo Isolución como no conformidades reales 3395 y 3396, las cuales fueron debidamente atendidas y cerradas durante el año 2025.

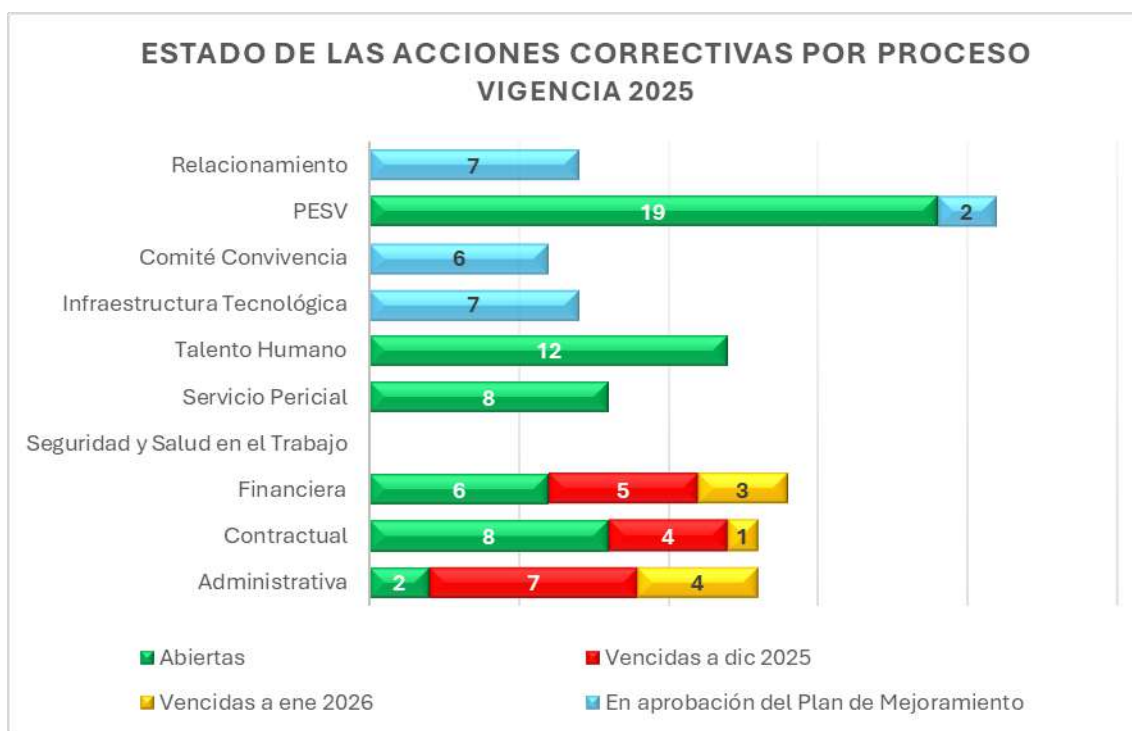
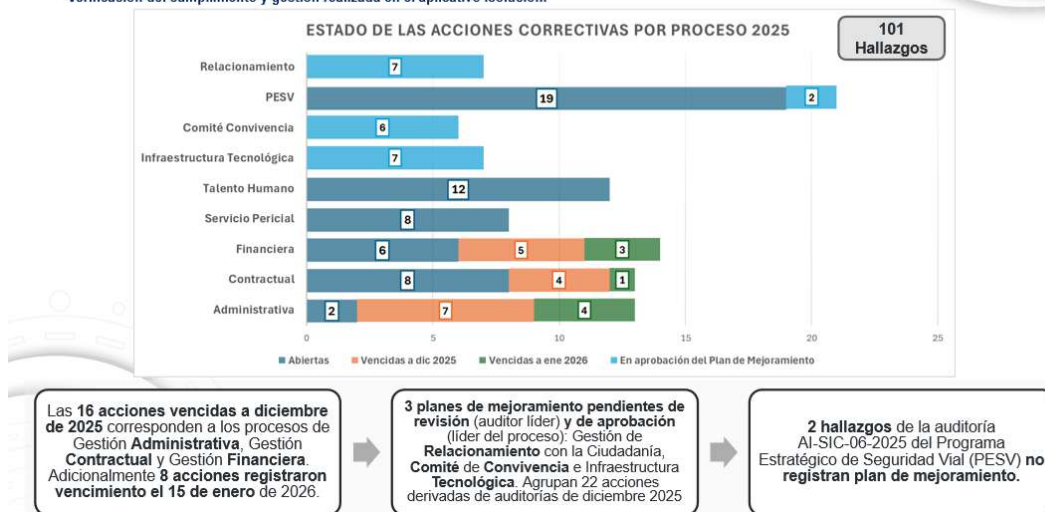
4.4.2.2. Resultado Planes de mejoramiento auditorías internas:

Durante la vigencia 2025, se identificaron ciento un (101) hallazgos, los cuales fueron registrados en ISOLUCION a partir del mes de agosto.

A la fecha de elaboración de este informe, las acciones correctivas derivadas de dichos hallazgos se encuentran en el siguiente estado:

Resultados seguimiento planes de mejoramiento auditorías internas

Verificación del cumplimiento y gestión realizada en el aplicativo Isolución.



Las dieciséis (16) acciones vencidas a diciembre de 2025 se encuentran asignadas a los procesos de Gestión Administrativa, Gestión Contractual y Gestión Financiera. Adicionalmente, ocho (8) acciones registraron vencimiento el 15 de enero de 2026.

Por otra parte, se encuentran pendientes de revisión por parte del auditor líder y de aprobación por el líder del proceso tres (3) planes de mejoramiento —correspondientes a los procesos de Gestión de Relacionamento con la Ciudadanía, Comité de Convivencia e Infraestructura Tecnológica—. Estos planes agrupan veintidós (22) acciones de mejora derivadas de auditorías realizadas en diciembre de 2025, con excepción de dos (2) acciones asociadas a la auditoría AI-SIC-06-2025 del Programa Estratégico de Seguridad Vial (PESV).

Durante la vigencia 2024 se identificaron sesenta y nueve (69) hallazgos, los cuales fueron registrados en ISOLUCION durante el último semestre de 2024 y el primer trimestre de 2025.

El estado de las acciones correctivas derivadas de las auditorías de la vigencia 2024, con corte a diciembre de 2025, es el siguiente:

Resultados seguimiento planes de mejoramiento auditorías internas

Verificación del cumplimiento y gestión realizada en el aplicativo Isolución.

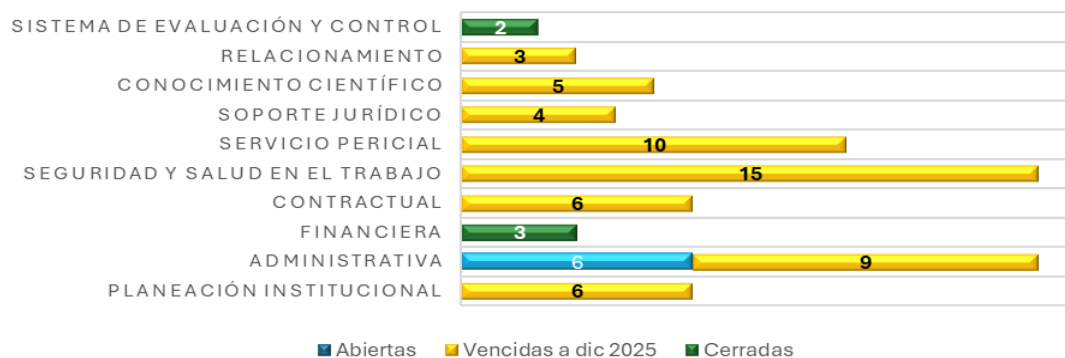


Se cerraron 5 acciones de los procesos Sistema de Evaluación y Control y Gestión Financiera; no obstante, esta última fue evaluada como No Eficaz por el líder del proceso.

Se registran 58 acciones vencidas, asociadas a los procesos de Gestión de la Planeación Institucional, Gestión Administrativa, Gestión Contractual, SST, Servicio Pericial, Soporte Jurídico, Conocimiento Científico Forense y Relacionamiento con la Ciudadanía.

Permanecen abiertas 6 acciones del proceso de Gestión Administrativa, con fecha de vencimiento al 30 de enero de 2026.

ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS 2024



Se cerraron cinco (5) acciones correctivas correspondientes a los procesos de Sistema de Evaluación y Control y Gestión Financiera; no obstante, esta última fue evaluada como No Eficaz por el líder del proceso.

Se registran cincuenta y ocho (58) acciones vencidas, asociadas a los procesos de Gestión de la Planeación Institucional, Gestión Administrativa, Gestión Contractual, Seguridad y Salud en el Trabajo, Servicio Pericial, Soporte Jurídico, Conocimiento Científico Forense y Relacionamiento con la Ciudadanía.

Asimismo, permanecen abiertas seis (6) acciones del proceso de Gestión Administrativa, con fecha de vencimiento al 30 de enero de 2026.

4.5. Rol de Relación con Entes Externos de Control:

La Oficina de Control Interno tiene como responsabilidad facilitar la articulación y la interacción con los diferentes entes externos de control, con el propósito de asegurar una comunicación efectiva y oportuna entre las partes. En este sentido, en el Plan Único Nacional de Auditorías – PUNAS 2025 se programaron los informes de carácter legal y los seguimientos a los planes de mejoramiento institucional que, conforme a la normativa vigente, la Oficina de Control Interno debe presentar a los entes de control y a la Alta Dirección, los cuales son posteriormente publicados en el Portal Institucional, en cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad.

4.5.1. Informes de Ley

En concordancia con lo anterior, la Oficina de Control Interno programó y ejecutó los siguientes informes, en cumplimiento de lo establecido en el Plan Único Nacional de Auditorías – PUNAS 2025 y de la normativa vigente:

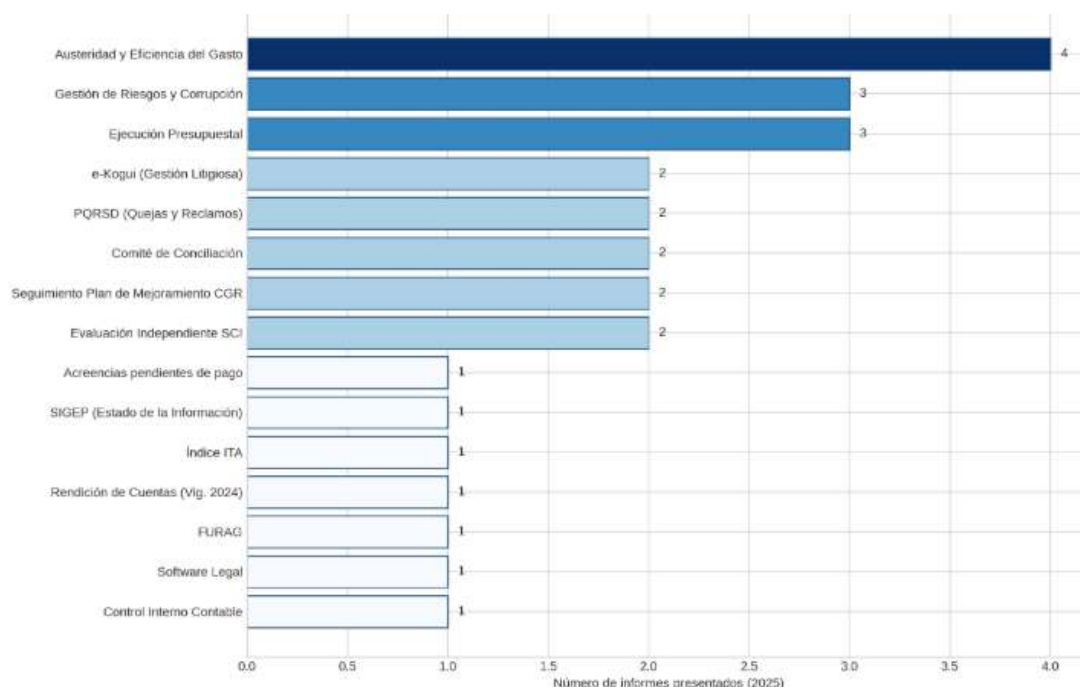


Tabla 4 Informes de Ley Programados en el PUNAS 2025

El análisis realizado evidencia que la totalidad de los veintisiete (27) informes de ley programados en el Plan Único Nacional de Auditorías – PUNAS 2025 fueron elaborados y publicados dentro de los plazos establecidos, lo que refleja un adecuado nivel de cumplimiento por parte de la Oficina de Control Interno frente a sus obligaciones con los entes externos de control y la Alta Dirección.

En cada uno de los informes emitidos se presentaron los resultados obtenidos, el nivel de cumplimiento o incumplimiento identificado, así como las recomendaciones y conclusiones correspondientes, con el propósito de que los responsables de los procesos definieran e implementaran los respectivos planes de mejoramiento institucional.

4.5.2. Plan de mejoramiento Institucional

Al corte del 31 de diciembre de 2025, el INMLCF registraba sesenta y un (61) hallazgos vigentes, distribuidos así:

1. Auditoría de la vigencia 2022: 5 hallazgos.
2. Auditoría de cumplimiento "Recursos en el manejo de laboratorios y morgues" vigencias 2023 y 2024: 55 hallazgos.
3. Denuncia 2024-299146-80054-D: 1 hallazgo.

Tras la verificación individual de los planes de mejoramiento, se evidenció un cumplimiento del 100% respecto de las acciones definidas para atender la Denuncia 2024-299146-80054-D.

En cuanto al plan de mejoramiento de la auditoría financiera 2022, se observó un avance del 10% durante el segundo semestre de 2025, alcanzando un 60% de cumplimiento total. Por su parte, el plan de mejoramiento de la auditoría de cumplimiento "Recursos en el manejo de laboratorios y morgues 2023–2024" presentó un avance del 23% en el segundo semestre de 2025, acumulando un 26% de cumplimiento.

En términos globales, se identifica un nivel de cumplimiento del 32%, con 22 hallazgos cerrados de los 68 reportados por el ente de control en las distintas evaluaciones realizadas al Instituto.

5. ÍNDICE DE CONTROL INTERNO E ÍNDICE DE DESEMPEÑO EN LÍNEAS DE DEFENSA:

5.1. Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG año 2024:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 y de las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP para el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG, vigencia 2024, instrumento mediante el cual se evalúa la gestión y el desempeño institucional en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, la Oficina de Control Interno coordinó y brindó asesoría a los responsables de cada política para el diligenciamiento del formulario correspondiente y su posterior transmisión al DAFP.

Los resultados reportados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en comparación con las vigencias anteriores, fueron los siguientes:

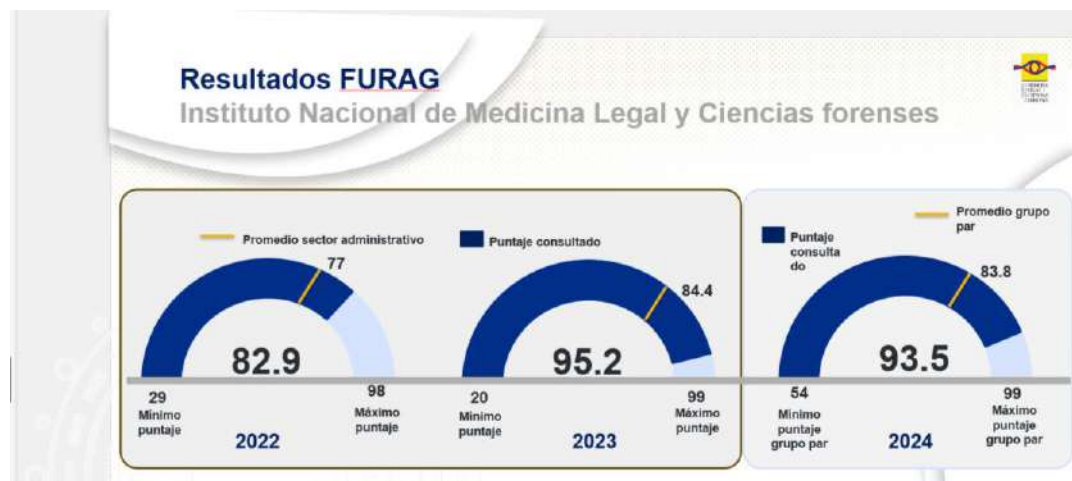
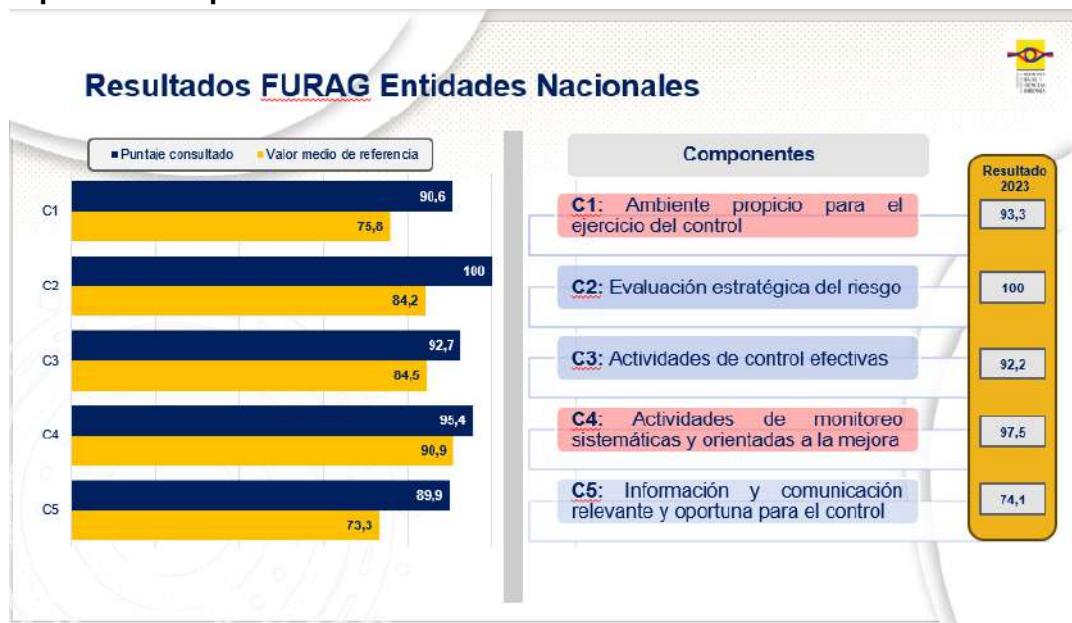


Ilustración 4 Resultados FURAG INMLCF 2022 al 2024**Fuente: Oficina de Control Interno Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.**

El análisis de los resultados del FURAG correspondientes a las últimas tres vigencias evidencia una tendencia sostenida de mejora en el desempeño institucional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Este comportamiento refleja el impacto positivo de las acciones de direccionamiento estratégico y de fortalecimiento de la gestión institucional, orientadas a la consolidación del Sistema Integrado de Gestión y del Sistema de Control Interno.

En la vigencia 2024, el Instituto alcanzó un puntaje de 93,5, ubicándose significativamente por encima del promedio del grupo par (83,8), lo que ratifica un desempeño superior frente a entidades de características similares. Este resultado representa una mejora sustancial frente a la vigencia 2022, en la cual se obtuvo un puntaje de 82,9, y consolida los avances evidenciados en la vigencia 2023, cuando se alcanzó un puntaje de 95,2, superando igualmente los promedios de referencia del sector.

El desempeño por cada componente:**Ilustración 5 Desempeño componentes del MECI 2024****Fuente: Oficina de Control Interno Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.**

En la vigencia 2024, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses mantiene un desempeño destacado en todos los componentes del Sistema de Control Interno, superando ampliamente los valores medios de referencia.

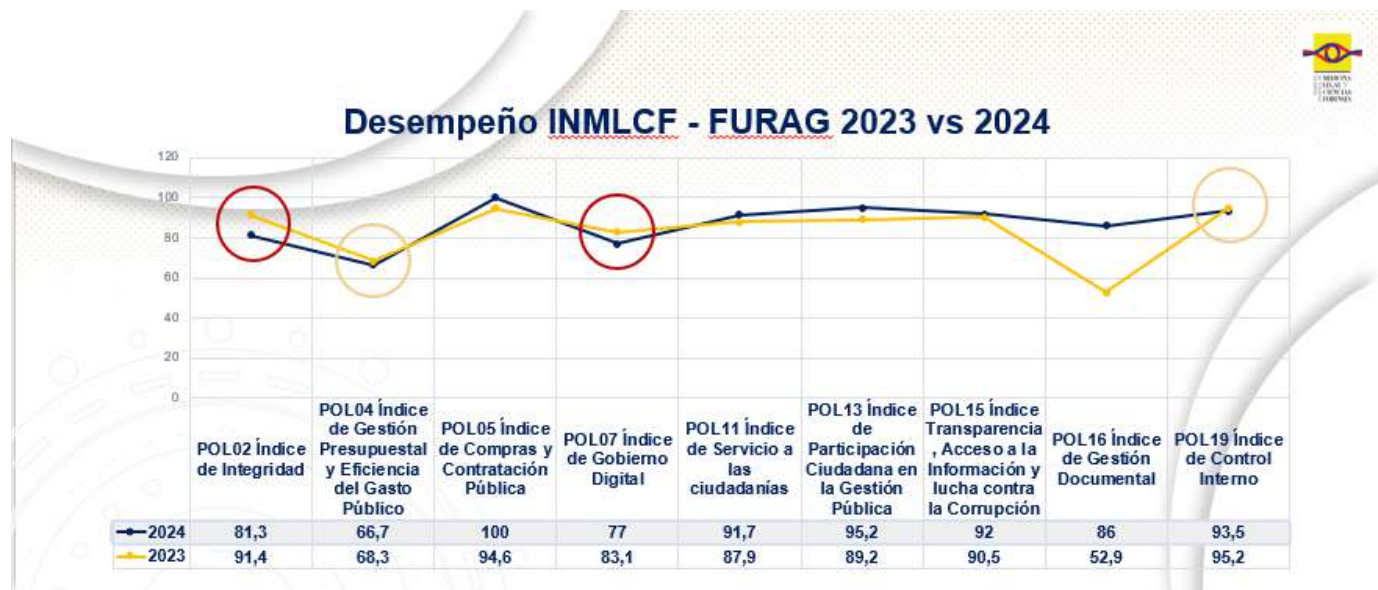
Se resalta el componente Evaluación estratégica del riesgo (C2), que alcanzó la puntuación máxima de 100, evidenciando una gestión efectiva en la identificación y priorización de riesgos institucionales. Asimismo, los componentes de Actividades de control efectivas (C3) y Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora (C4) reflejan altos niveles de cumplimiento, con puntajes de 92,7 y 95,4 respectivamente, lo que indica un control riguroso y un proceso continuo de supervisión y mejoramiento.

Los componentes de Ambiente propicio para el ejercicio del control (C1) y Información y comunicación relevante y oportuna para el control (C5), aunque presentan los puntajes más bajos dentro de la entidad (90,6 y 89,9), continúan

mostrando una gestión sólida, pero representan áreas con margen para fortalecer el clima organizacional y la comunicación interna para potenciar la efectividad del control.

En síntesis, los resultados evidencian un Sistema de Control Interno robusto y eficiente, con oportunidades para optimizar especialmente el ambiente organizacional y los canales de comunicación vinculados al control.

Desempeño por política:



El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses presenta una mejora general en la mayoría de los indicadores de las políticas que le aplican del FURAG entre 2023 y 2024, destacando avances en integridad, gobierno digital y control interno, que alcanzó su máximo puntaje.

Sin embargo, se registran disminuciones en los índices de Integridad, Gobierno Digital y Gestión Presupuestal, que requieren seguimiento y acciones de mejora.

En resumen, el INMLCF mantiene un desempeño sólido y creciente, con oportunidades claras para fortalecer procesos específicos y seguir consolidando su gestión institucional.

6. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

6.1. Ejecución Planes Operativos:

Para la vigencia 2025, en el marco del objetivo estratégico de modernizar los procesos administrativos del Instituto y la iniciativa de optimizar los procesos administrativos y financieros, la Oficina de Control Interno programó la actividad denominada "Identificar los lineamientos del FURAG relacionados con la Séptima Dimensión del MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión)".

Como resultado, se diseñó y socializó la herramienta que integra los lineamientos del FURAG, debidamente identificados y alineados con la Séptima Dimensión del MIPG y el formulario FURAG, cumpliendo con el 100% de la actividad programada.

6.2. Indicadores de Gestión:

El proceso de evaluación y control tiene establecidos los siguientes cuatro (4) indicadores que corresponden a la Oficina de Control:

Nivel de cumplimiento de asesorías y acompañamientos para la mejora continua:

La Oficina de Control Interno en el año 2025 programó y ejecutó una (1) asesoría AS-01-2025 "Evaluación independiente del estado del sistema de control interno" en el PUNAS 2025 y realizó cinco (5) acompañamientos en atención a las solicitudes recibidas, relacionados con veedurías de votaciones y la entrega de puestos de trabajo, como se puede evidenciar en el numeral 4.2. "Rol Enfoque Hacia la Prevención", logró una medición del 100% superando la meta establecida del 95%.

Nivel de desempeño del auditor interno para la práctica profesional de Auditoría: Como resultado de las calificaciones recibidas durante la ejecución de las diferentes auditorías programadas para la vigencia 2025 se tiene que el promedio general de calificación para los auditores es de 4.72, fueron evaluados doce (12) auditores internos de la Oficina de Control Interno (9) y de otras unidades organizacionales (3); el resultado del indicador obtenido fue de 94,43%, aunque no se superó la meta 95% del indicador, este supera los rangos de tolerancia definidos (Tolerancia inferior 90% y tolerancia superior 94%), tal como se muestra en la siguiente tabla:

ÍTEM	AUDITOR INTERNO	CALIFICACIÓN
1	ANDRES PABON CASTRO	4,98
2	CARLOS OSORIO HORMAZA	4,63
3	GENOVEVA GONZALEZ FONSECA	4,45
4	JAVIER JIMENEZ	4,45
5	JULIAN MARTINEZ	4,80
6	LAURA MARTINEZ MATEUS	4,80
7	LEONOR OSORIO MAYORGA	4,60
8	LUCILA SICACHA	4,80
9	MARGARITA MEJIA	4,65
10	PARMENIDES DE LA ROSA FANDIÑO	4,65
11	SOL ANGEL ARDILA PARRA	4,90
12	XIMENA RESTREPO AGUIRRE	4,95
Calificación promedio periodo		4,72
Parámetro mínimo calificación		5,00
Nivel del desempeño		94,43%

Tabla 5 Resultados calificación Auditores

Porcentaje de Ejecución de Auditorías: La Oficina de Control Interno ejecutó un total de diez (10) auditorías internas en el año 2025 de acuerdo con lo finalmente programado y aprobado en el PUNAS, como se puede evidenciar en el numeral No. 4.4.1.2. "Resultados de las auditorías", alcanzando un porcentaje de medición obtenida

del 100% superando la meta del 90%.

Porcentaje de eficacia de los Planes de Mejoramiento Provenientes de Hallazgos:

Durante el de 2025, se programó el cierre de sesenta y siete (67) no conformidades originadas de las auditorías internas de la Oficina de Control Interno, de las cuales se cerraron tres (3) no conformidades reales registradas en el aplicativo Isolucion, como resultado del indicador se obtuvo 4% no superando la meta establecida del 95%, toda vez que, la responsabilidad del cierre oportuno de las no conformidades recae en los líderes de cada proceso auditado. En este sentido, el resultado del indicador asociado refleja el nivel de gestión y cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada proceso frente a los hallazgos identificados.

6.3. INFORME DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:

La Oficina de Control Interno realizó la evaluación de satisfacción del cliente de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Instituto obteniendo los siguientes resultados:

Medición del indicador – Satisfacción de los usuarios internos					
CRITERIO	ASPECTO	VALOR DEL CRITERIO	% DE LOS RESULTADOS POSITIVOS		
			2023	2024	2025
PROCESO	COMPLETOS	50%	88%	100%	94%
	FIABLES		94%	97%	94%
	OPORTUNOS		94%	97%	97%
	ÚTILES		85%	97%	94%
	CONOCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS (3. ¿Conoce los requerimientos y/o procedimientos para acceder a los productos y/o servicios? :)		94%	100%	97%
ATENCIÓN DEL PERSONAL	TRATO AMABLE	50%	91%	100%	91%
	TRATO RESPETUOSO		94%	100%	94%
	CONOCIMIENTO DEL PRODUCTO/SERVICIO OFRECIDO		85%	97%	88%
	DISPOSICIÓN DE AYUDA		88%	94%	88%
	RESULTADO DEL INDICADOR		90%	98%	93%

Tabla 6 Medición del indicador – Satisfacción de los usuarios internos OFCI

La Oficina de Control Interno obtuvo un indicador del 93% para la vigencia evaluada del 2025, superando en 8% la meta establecida por el Instituto, igualmente cada criterio evaluado supera la meta establecida del 85%.

Asimismo, logró aumentar el 3% del indicador respecto al año 2023; mientras que, comparado con el año 2024 disminuyó el indicador en 5%, se mantuvo el 97% de resultado positivo para el aspecto evaluado de “oportunidad”

7. LOGROS

La Oficina de Control Interno desarrolla y da cuenta de sus actividades conforme a los roles definidos en la normativa vigente y en la Guía actualizada de roles de las Unidades u Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, versión vigente del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, cumpliendo con los siguientes logros:

1. **Cumplimiento total del Plan Único Nacional de Auditorías (PUNAS 2025):** Se elaboraron y publicaron el 100% de los informes de ley programados dentro de los plazos establecidos, garantizando transparencia y cumplimiento normativo ante los entes de control externos y la Alta Dirección.
2. **Mejora sostenida en el desempeño institucional:** El Instituto ha mostrado un crecimiento continuo en los indicadores del FURAG durante las últimas vigencias, evidenciando el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión y del Sistema de Control Interno.
3. **Gestión efectiva del riesgo:** La Oficina de Control Interno identificó los riesgos asociados a su proceso y estableció los controles y mecanismos de seguimiento correspondientes. De manera adicional, realizó el seguimiento a los riesgos institucionales en los distintos procesos, evaluando la efectividad de los controles existentes e identificando oportunidades de mejora, contribuyendo así a la mitigación de riesgos y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
4. **Alta satisfacción del cliente interno:** Para la vigencia 2025, se alcanzó un indicador de satisfacción del 93%, superando en 8 puntos porcentuales la meta institucional y reflejando una percepción positiva sobre la gestión de la Oficina.
5. **Desempeño destacado en los componentes del Sistema de Control Interno:** Se obtuvieron puntajes superiores a los promedios sectoriales en evaluación estratégica del riesgo, actividades de control y monitoreo, demostrando procesos eficientes y orientados a la mejora continua.
6. **Articulación efectiva con entes de control externos:** La Oficina facilitó la interacción con los diferentes entes de control, cumpliendo oportunamente con la programación y presentación de informes legales y seguimientos, fortaleciendo la comunicación institucional y la rendición de cuentas.
7. **Cumplimiento del Plan Operativo 2025:** La Oficina alcanzó el 100% de las actividades programadas en el Plan Operativo, evidenciando un desempeño eficiente en la ejecución de sus funciones estratégicas y operativas.
8. **Contribución al Plan Estratégico Institucional:** La Oficina aportó al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional mediante la ejecución de las iniciativas y actividades del Proceso de Evaluación y Control. Durante la vigencia 2025, se evidenció una mejora en los procesos de evaluación y control, impactando positivamente la toma de decisiones de la Alta Dirección y fortaleciendo la capacidad de la entidad para responder frente a oportunidades y amenazas institucionales.

Estos logros reflejan el compromiso de la Oficina de Control Interno con la mejora continua, la transparencia y el fortalecimiento del control institucional.

Cordialmente,



NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2026-01-30
Revisó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2026-01-30
Aprobó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2026-01-30

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.