



**INFORME DE EVALUACION
INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO.
IL-01-2025**

**PERÍODO
DEL 1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2025**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
2025-07-30**



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. Objetivo	4
2. Alcance.....	4
3. Criterio(s).....	4
4. Resultados del seguimiento	4
4.1 Análisis de resultados	5
5. COMUNICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	7
6. INCUMPLIMIENTOS	8
7. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INFORME ANTERIOR (2-2024).....	10
8. CONCLUSIONES.....	10
9. RECOMENDACIONES.....	10



INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en desarrollo de sus funciones de aseguramiento y atendiendo lo previsto en la normatividad vigente, aplica el instrumento establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública a fin de garantizar el logro de los objetivos de la entidad y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública en lo relacionado con el sistema de control interno. Para ello, cada semestre realiza el seguimiento al Sistema de Control Interno que hace parte de la Séptima Dimensión de MIPG, en cuanto al desarrollo de las políticas de gestión institucional y desempeño, evaluando su efectividad frente a la estructura de control, garante de la eficacia del manejo de los recursos para el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de la Entidad.

En ese sentido la Oficina de Control Interno en el marco de sus roles presenta a continuación el estado Sistema de Control Interno con corte a 30 de junio de 2025.



1. Objetivo

Evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 y los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

2. Alcance

La presente evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses aplica para el periodo comprendido entre 1 de enero a 30 de junio de 2025.

3. Criterio(s)

- 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 14.
- Decreto 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública", artículo 2.2.22.3.5
- Decreto 2106 de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública".
- Decreto 403 de 2020, "Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal Fortalecimiento del Control Fiscal".

4. Resultados del seguimiento.

El Sistema de Control Interno se gestiona a través de los cinco (5) componentes (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo), articulados con el esquema de las Líneas de Defensas y las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Cada uno de los componentes contempla controles que deben encontrarse diseñados y funcionando, permitiendo demostrar que la Entidad cuenta con una estructura de control bajo los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICC. Para tal fin, ha



utilizado la herramienta de Evaluación del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) que tiene como base los lineamientos generales para cada uno de los componentes del MECI y los temas específicos asociados.

El porcentaje de cumplimiento para cada pregunta y componente, se genera de forma automática por el formato respectivo, así como la calificación del estado del Sistema de Control Interno del Instituto.

Para la recolección de la información de cada componente, se consultó la página institucional y se revisó en la herramienta dispuesta por el DAFP, la información de la columna H, que hace referencia al análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). Asimismo, se solicitó a las instancias pertinentes la información para completar los ítems en los que no se encontraba toda la evidencia requerida.

Por otra parte, se analizó cada lineamiento, para identificar las observaciones derivadas de la evaluación independiente, descritas en la columna I de la herramienta del DAFP. Finalmente, se brindó retroalimentación a las diferentes áreas que aportaron información: el Grupo Nacional de Tecnologías de la Información y Desarrollo, la Oficina de Planeación, la Secretaría General, la Subdirección Administrativa y Financiera, el Grupo Nacional de Tecnologías de la Información, el Grupo Nacional de Gestión Documental y la Subdirección de Investigación Científica.

Se recalca la importancia de que estos temas sean tratados en el CICCI, con el objetivo de proporcionar una respuesta adecuada a cada uno de los ítems.

4.1 Análisis de resultados

El nivel del cumplimiento del estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, primer semestre de 2025 fue del **84%**.

La Figura No. 1 muestra la evolución del estado del Sistema de Control Interno durante el período comprendido entre 2020 y el primer semestre de 2025. Se observa una variación negativa de cinco (5) puntos porcentuales entre 2024 y 2025.

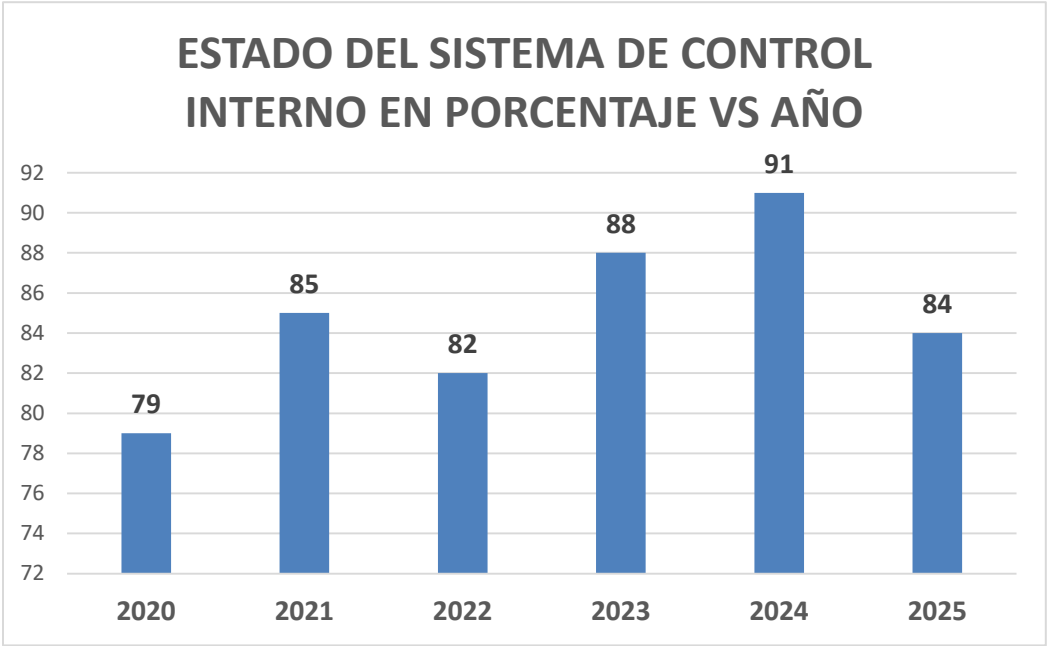


Figura No.1- Fuente de elaboración propia. Comparativo de medición por año: 2020 A 2025.

Los resultados de la evaluación por componente expuestos en la Tabla No. 1 y Figura No.2, para el período comprendido entre el 2020 y el 2024, destaca los resultados de los componentes: Ambiente de Control, Actividades de control, Información y Comunicación y Actividades de monitoreo sobre los cuales se presentó disminución en los resultados de la evaluación de la vigencia 2025, sin embargo para el componente: Evaluación de Riesgos, se observa que se mantiene el mismo porcentaje que para el periodo 2024.

A continuación, se presentan los resultados por componente en el período comprendido entre el 2020 y 2025:

Tabla No. 1

COMPONENTE	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ambiente de Control	71	79	71	88	90	79
Evaluación de Riesgos	76	76	74	76	82	82
Actividades de Control	79	88	79	88	79	75
Información y Comunicación	82	93	96	96	93	86
Actividades de monitoreo	86	89	89	93	100	96



COMPARATIVO EVALUACION INDEPENDIENTE SCI PERIODO 2020 A 2025

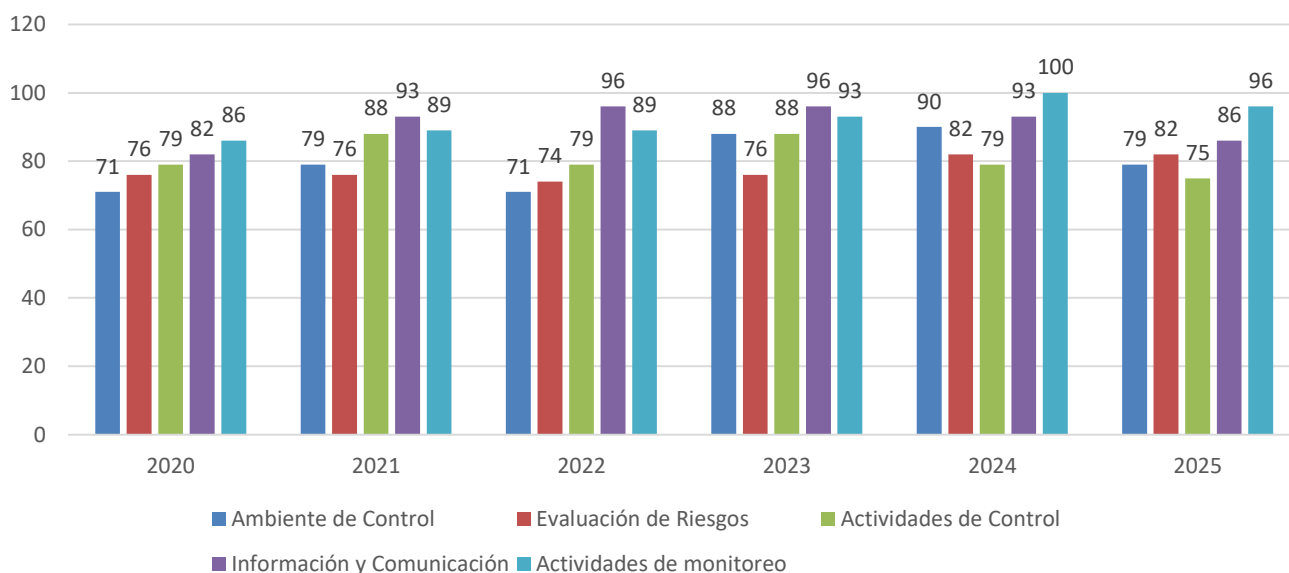


Figura No.2- Fuente de elaboración propia. Comparativo de medición por componente vs año, resultados 2020 al 2025.

5. COMUNICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Acorde a la normatividad dada por el Departamento Administrativo de la Función Pública fue reportado dentro de los términos, el resultado de la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025 y publicado en portal institucional en el link: <https://www.medicinalegal.gov.co/oficina-de-control-interno/informe-pormenorizado>.

La herramienta en Excel denominada “**formato-informe-sci-parametrizado-final**” fue presentada y discutida con el Grupo Nacional de Tecnología de la Información y Desarrollo, la Oficina de Planeación, la Secretaría General, la Subdirección Administrativa y Financiera, el Grupo Nacional de Gestión Documental y la Subdirección de Investigación Científica el día 16 y 17 de Julio de 2025. Durante esta reunión, se revisaron detalladamente los contenidos de la herramienta, la cual es la base del presente informe, se incorporaron datos con base a las evidencias proporcionadas por dichas dependencias y el diligenciamiento de la misma.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
(SCI) – PRIMER SEMESTRE 2025

Página 8 de 11

6. INCUMPLIMIENTOS

Establecer acciones que permitan **atender y subsanar** los incumplimientos relacionados a continuación:

ITEM	ID	COMPONENTE	LINEAMIENTO	PREGUNTAS INDICATIVAS	TEMA	INCUMPLIMIENTO
1	1.1	Ambiente de Control	La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	1.1 Aplicación del Código de Integridad. (Incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Aplicación del Código de Integridad	No se presenta evidencia documental sobre acciones disciplinarias ni análisis sobre convivencia laboral o desviaciones éticas.
2	1.2	Ambiente de Control	La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés	No se cuenta con protocolos establecidos para gestionar conflictos de interés en todos los procesos institucionales.
3	1.3	Ambiente de Control	La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.	Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada	No hay reportes sobre incidentes ni evidencia de capacitaciones recientes en manejo de datos sensibles.
4	2.1	Ambiente de Control	Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	No se ha dado cumplimiento a la articulación del comité CICCI con los otros comités.
5	3.1	Ambiente de Control	Asignar la responsabilidad y autoridad en todos los niveles.	3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.	Política de Administración del Riesgo	La política de gestión del riesgo no está alineada con la guía de noviembre de 2022, especialmente sobre riesgo fiscal.
6	4.1	Ambiente de Control	Compromiso con la competencia de todo el personal.	4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.	Planeación Estratégica del Talento Humano	No se cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano conforme a las directrices del DAFP.
7	4.3	Ambiente de Control	Compromiso con la competencia de todo el personal.	4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.	Permanencia del personal	No hay registros ni análisis específicos sobre actividades de intervención sobre la evaluación del CLIMA LABORAL.
8	4.5	Ambiente de Control	Compromiso con la competencia de todo el personal.	4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.	Retiro del personal	No se han documentado motivos de retiro ni análisis de afectación institucional.
9	5.1	Ambiente de Control	La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	Estándares de reporte en líneas de defensa	No se han definido estándares, frecuencia ni responsable para TODOS los reportes en las líneas de defensa.
10	5.6	Ambiente de Control	La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.	Análisis de informes de la Oficina de Control Interno	No se evidencian planes de mejoramiento derivados de TODOS los informes de LEY de la Oficina de Control Interno.
11	7.4	Evaluación de riesgos	Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).	7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.	Actualización del mapa de riesgos tras materializaciones	No se documentan acciones ni actualizaciones del mapa de riesgos tras materialización de riesgos
12	7.5	Evaluación de riesgos	Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).	7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.	Seguimiento a materializaciones de riesgo	No se definieron acciones frente al hallazgo NC 3365 de MATERIALIZACION DE RIESGO ni se analizó su causa.
13	8.1	Evaluación de riesgos	Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.	8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o	Análisis del entorno y procesos vulnerables a corrupción	No se identifican ni priorizan procesos vulnerables a corrupción en el contexto estratégico.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) – PRIMER SEMESTRE 2025****Página 9 de 11**

ITEM	ID	COMPONENTE	LINEAMIENTO	PREGUNTAS INDICATIVAS	TEMA	INCUMPLIMIENTO
				proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.		
14	8.3	Evaluación de riesgos	Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.	8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.	Segregación de funciones	Existen funciones asignadas a una misma persona, con diferentes niveles de responsabilidad, comprometiendo la segregación.
15	8.4	Evaluación de riesgos	Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.	8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	Evaluación de fallas en los controles	La matriz de monitoreo no evalúa fallas ni contempla acciones de mejora de los controles.
16	9.1	Evaluación de riesgos	Identificación y análisis de cambios significativos	9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.	Revisión del contexto estratégico en gestión del riesgo	La política de RIESGOS no contempla el uso del contexto estratégico como insumo para gestión del riesgo.
17	10.1	Actividades de control	Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.	Segregación funcional entre personas	El manual DE FUNCIONES no garantiza que funciones incompatibles estén en personas diferentes.
18	10.2	Actividades de control	Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	Situaciones sin posibilidad de segregación	No se documentaron controles alternativos cuando no es posible implementar segregación.
19	11.1	Actividades de control	Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.	11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.	Controles sobre infraestructura tecnológica	No hay controles integrales documentados sobre ciberseguridad ni manual de políticas aprobado.
20	11.2	Actividades de control	Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.	11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.	Controles a proveedores tecnológicos	Faltan cláusulas de seguridad, ANS, monitoreo y actas de seguimiento técnico con proveedores.
21	11.3	Actividades de control	Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.	11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Matrices de roles y usuarios	No existen matrices con roles, permisos y usuarios específicos.
22	12.4	Actividades de control	Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).	12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.	Ejecución efectiva de los controles	No hay evidencias de ejecución real de los controles como fueron diseñados. SUPERVISIONES
23	13.2	Info y Comunicación	Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).	13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización.	Inventario de información relevante	No se ha finalizado el inventario documental, lo que limita la trazabilidad de la información.
24	13.4	Info y Comunicación	Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).	13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.	Controles sobre datos e información	No se evidencian controles efectivos sobre integridad, confidencialidad y disponibilidad de datos.
25	14.1	Info y Comunicación	Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos	14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entiende su	Comunicación de metas estratégicas	NO se pudo verificar el cumplimiento efectivo de la Actividad No. 11: Realizar seguimiento al proceso de comunicación, definida en el Procedimiento DG-E-P-020



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
(SCI) – PRIMER SEMESTRE 2025

Página 10 de 11

ITEM	ID	COMPONENTE	LINEAMIENTO	PREGUNTAS INDICATIVAS	TEMA	INCUMPLIMIENTO
			los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).	papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).		Comunicación Institucional, ya que no se aportaron los registros establecidos que permitan evidenciar su ejecución
26	14.3	Info y Comunicación	Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).	14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.	Canales de denuncia	No existen canales internos habilitados para denuncias anónimas o confidenciales.
27	17.3	Monitoreo - Supervisión	Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.	Reportes de monitoreo continuo y segunda línea de defensa	No se identifican responsables ni canales de remisión para los reportes de monitoreo continuo.

Anexo: Conclusiones generales sobre la evaluación del sistema de control interno 2 semestre 2024.

En atención a lo expuesto previamente, la Oficina de Planeación, en su calidad de responsable de la implementación del Sistema de Control Interno en el Instituto, deberá coordinar la formulación de un Plan de Mejoramiento en articulación con los responsables de cada proceso. Este plan deberá contemplar acciones concretas orientadas al cumplimiento de los lineamientos de la séptima dimensión de MIPG, promoviendo una gestión eficiente y una mejora continua de los procedimientos internos.

7. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INFORME ANTERIOR (2-2024)

No evidencio Plan de Mejoramiento relacionado con los incumplimientos informados en el segundo semestre de 2024.

8. CONCLUSIONES

El resultado de la evaluación del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2025 fue del **84%**, donde los componentes obtuvieron las siguientes calificaciones:

- Ambiente de Control: 79%.
- Evaluación de Riesgos: 82%
- Actividades de Control: 75%
- Información y Comunicación 86%
- Monitoreo 96%.

9. RECOMENDACIONES

- Aunque actualmente no existen actividades tercerizadas en el Instituto para la prestación del servicio misional y esto se encuentra definido en el Manual del Sistema Integrado de Gestión, numeral 5.1 "Aplicabilidad del SIG", donde se establece que la entidad no realiza subcontratación de los servicios que presta, se recomienda incorporar en el glosario del aplicativo ISOLUCIÓN las definiciones de "tercerización" y "subcontratación". Esto con el fin de fortalecer la comprensión institucional, unificar criterios y evitar interpretaciones ambiguas en futuros procesos o auditorías



- b. Con el fin de fortalecer la gestión del riesgo institucional, en especial en lo relacionado con el diseño, ejecución y evaluación de los controles, se recomienda que la Oficina de Planeación, como responsable del monitoreo de riesgos, implemente una matriz integrada de riesgos, controles y procesos. Esta herramienta debe permitir:
- Relacionar los riesgos identificados con los controles definidos en los procedimientos institucionales.
 - Evaluar la pertinencia, suficiencia y efectividad del diseño de los controles, en concordancia con los lineamientos establecidos por el DAFP en la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas* (noviembre de 2022).
 - Verificar que los controles se ejecuten conforme a su diseño, a través de informes de supervisión elaborados por los responsables de la segunda línea de defensa.

Estos informes deberán formar parte del ciclo de supervisión institucional y ser remitidos a la Oficina de Control Interno para su análisis y evaluación. Se observa como oportunidad de mejora el hecho de que, a la fecha, no se cuenta con registros de la presentación de estos informes a la Alta Dirección, lo cual afecta la trazabilidad de la gestión y limita la mejora continua del Sistema de Control Interno.

Cordialmente,

NESTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: Conclusiones generales sobre la evaluación del sistema de control interno 2 semestre 2024

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Genoveva González Fonseca – Ximena Restrepo Aguirre Profesionales de la Oficina de Control Interno		2025-07-30
Revisó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2025-07-30
Aprobó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2025-07-30

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.