



INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES

TERCER CUATRIMESTRE 2023



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	4
2. ALCANCE	4
3. MARCO NORMATIVO	4
3.1 Externo	4
3.2 Interno	5
4. METODOLOGÍA	5
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	6
5.1 Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto	6
5.1.1 Política de Gestión del Riesgo	6
5.1.2 Procedimiento de Gestión de Riesgos	6
5.2 Cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo	7
5.3 Cumplimiento de las actividades contempladas en el Procedimiento de Gestión de Riesgos	7
5.4 Estado del Plan de Mejora de las recomendaciones presentadas en el informe de seguimiento de riesgos del primero y segundo cuatrimestre de 2023	9
5.5 Estado de los riesgos materializados durante la vigencia 2023 con corte al 31 de diciembre de 2023	9
5.6 Trazabilidad de las No Conformidades asociadas a riesgos de Gestión, de Corrupción y Seguridad de la información	11
5.7 Trazabilidad de las fases de la gestión de riesgos	18
5.8 Validación de los controles asociados a los riesgos institucionales	20
6 CONCLUSIONES	23
7 RECOMENDACIONES	24



INTRODUCCIÓN

El presente informe muestra el resultado del seguimiento efectuado a los riesgos institucionales para el tercer cuatrimestre del año 2023, basado en el cumplimiento de la normativa externa e interna vigente relacionada con la gestión de la entidad en cuanto a los eventos no deseados y su comportamiento durante el periodo transcurrido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2023.

Dentro de la validación de la aplicación de la normatividad externa e interna se contempla el resultado de los objetivos de la política del riesgo institucional, el monitoreo y seguimiento cuatrimestral, a su vez, la trazabilidad de las actividades del Procedimiento de Gestión de Riesgos, el tratamiento de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados, el fortalecimiento y actualización de los controles para permitir una gestión eficaz de la mitigación del riesgo.



1. OBJETIVOS

Objetivo General:

Verificar la gestión y cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos Institucionales

Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a los eventos no deseados con corte al 31 de diciembre de 2023.
- Evaluar el seguimiento a los riesgos institucionales durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2023.
- Verificar la trazabilidad de las fases de la Gestión del Riesgo.
- Verificar el seguimiento a los riesgos institucionales del tercer cuatrimestre de 2023.
- Validar los controles asociados a los riesgos institucionales.
- Revisar los riesgos materializados durante la vigencia de 2023 y las acciones tomadas para su mitigación.
- Validar la aplicación de las recomendaciones dadas en los informes de seguimiento efectuados durante el primer y segundo cuatrimestre de 2023.

2. ALCANCE

El proceso de verificación de los riesgos institucionales incluye la verificación de la normatividad vigente que es aplicable a los documentos internos del instituto; la validación el riesgo en sus etapas del análisis, valoración y autoevaluación; la revisión de la gestión de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados que se hayan presentado durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2023 y la verificación de los riesgos materializados en el tercer cuatrimestre.

Lo anterior se desarrolló para los diez y seis (16) procesos que integran el Mapa de Procesos Institucional.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 Externo

- 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, literal f: "Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos".
- Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. "Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano". Dentro de los componentes del PAAC-2023 del Instituto se



contempla la fase de monitoreo y seguimiento al anexo 1: Matriz de Monitoreo de los Riesgos de Corrupción y el Componente 1: Gestión de Riesgos.

- c. Guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción- 2015, de la Presidencia de la República. Numeral 3.2.3 – Matriz del Mapa de los Riesgos de Corrupción y numeral 3.3 Consulta y Divulgación y numeral 3.4 Monitoreo y revisión. (Válido porque en él se determina la publicación del monitoreo de los riesgos de corrupción)
- d. Decreto 1083 de 2015 (26 de mayo). 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. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado”.***
- e. Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional.
- f. Resolución 1519 de 2020 – Mintics – *“Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos”.*
- g. Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG- versión 5 – marzo 2023 - Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno.
- h. Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, noviembre de 2022, DAPF.

3.2 Interno

- a. Resolución No.001142 del 29 de diciembre de 2022, “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.
 - b. 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 de Gestión de Riesgos del INMLCF, Código: DG-E-P-022- versión 8 con vigencia del 21 de abril de 2023.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente informe se realizaron las siguientes actividades:

- a. Remisión de Oficio No. 106-OFCI-DG-2023 remitido a la Oficina de Planeación
- b. Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto, en lo relacionado con la gestión del riesgo.



- c. Revisión de cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo en el INMLCF, del Procedimiento de Gestión de riesgos del INMLYCF versus los estándares en cuanto a la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, emitida por el DAFP.
- d. Verificación de los resultados del monitoreo realizado por la Oficina de Planeación y efectuar el seguimiento de la gestión de los riesgos institucionales con corte al tercer cuatrimestre de 2023.
- e. Revisión de la gestión efectuada a las acciones y seguimientos de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados con corte al tercer cuatrimestre de 2023 en el marco del SIG.
- f. Verificación de los riesgos que se hayan materializado con corte al 31 de diciembre de 2023 y las acciones o controles tomados para evitar que vuelvan a ocurrir y causen un gran impacto a la entidad.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

5.1 Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto

Para el periodo entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2023, se describen los resultados de la revisión efectuada la normatividad vigente, así:

5.1.1 Política de Gestión del Riesgo

Resultados de la Verificación

La entidad cuenta con una Política de gestión de Riesgo emitida a través de la Resolución No.001142 del 29 de diciembre 2022.

5.1.2 Procedimiento de Gestión de Riesgos

Resultados de la Verificación

Acorde al documento: “Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas”, versión 6, noviembre 2022, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se procedió a realizar verificación del contenido del Procedimiento de Gestión del Riesgo, Código: DG-E-P-022- versión 8 con vigencia del 21 de abril de 2023 respecto a la normatividad, encontrándose lo siguiente:

1. En lo relacionado con la Descripción del Riesgo:

Se omitió en el Procedimiento de Gestión del Riesgo, código DG-E-P-022-AX-002-V8, así como en el anexo denominado “Paso a Paso para el registro de los riesgos de gestión en el aplicativo Isolucion”, código DG-E-P-022-AX-002-V8, la estructura para la redacción de los riesgos, tal como lo establece la mencionada guía.

- De corrupción (Página 83),
- Riesgo fiscal (Página 73) y
- Seguridad de la Información (Página 98)



2. En lo relacionado con el seguimiento de controles:

Se omitió en las tareas 1 y 2 de la actividad 8 – Realizar el seguimiento a los controles, la inclusión de los riesgos de Corrupción.

7.5.4. ACTIVIDAD No 8. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES

No	DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	ÁREA RESPONSABLE	CARGO DEL RESPONSABLE	REGISTRO
1	Efectuar seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Gestión y de Seguridad de la Información, conforme con los Anexos DG-E-P-022-AX-002 y DG-E-P-022-AX-003.	Unidades Organizacionales que intervienen en el proceso evaluado. Segunda Línea de Defensa y Tercera Línea de Defensa	Responsables del proceso acorde al Mapa de Procesos Institucional Servidores Públicos y contratistas involucrados en el proceso Facilitadores del SIG Segunda Línea de Defensa Tercera Línea de Defensa	Registro en ISOLUCIÓN, Módulos Riesgos / Sección "Seguimiento de Controles "
2	Consolidar el seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Gestión y de Seguridad de la Información, conforme con los Anexos DG-E-P-022-AX-002 y DG-E-P-022-AX-003	Oficina de Planeación Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo	Profesional asignado de la Oficina de Planeación Facilitador SIG del Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo	Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Gestión Informe de seguimiento cuatrimestral, a los controles formulados en los Riesgos de Seguridad de la Información

Fuente: Módulo de Documentación del aplicativo ISOLUCION

5.2 Cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo

Resultados de la Verificación

a. En lo relacionado con el artículo 2 Objetivos de la Política

Observación 1:

La Oficina de Planeación reportó los cuatro (4) indicadores relacionados con los cuatro (4) objetivos descritos de la política. Sin embargo, no se estableció acciones de mejora para el objetivo (d) *“Promover la cultura de gestión del riesgo a través de la implementación y verificación de controles definidos en los procesos y en las acciones generadas en el mapa de riesgos institucional para prevenir su materialización”*, debido a que su resultado fue del 13%; Debido a que el indicador es descendente, deben establecerse acciones para evitar la materialización de los riesgos institucionales.

b. En lo relacionado con el artículo 13 Consolidado del mapa de riesgos

Observación 2:

Se encuentra pendiente por parte de la Oficina de Planeación presentar el estado de los riesgos institucionales de la vigencia 2023 al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno a fin de establecer los lineamientos requeridos que permitan cumplir los objetivos de la Política.

c. En lo relacionado con el artículo 16 Actualización del Mapa de Riesgos

Observación 3:

Se encuentra pendiente por parte de la Oficina de Planeación la actualización del mapa de riesgos institucional, debido a la materialización de los tres (3) riesgos de corrupción presentada en el informe de los indicadores de la política de riesgos, a fin de incorporar los ajustes necesarios en sus causas y controles.

5.3 Cumplimiento de las actividades contempladas en el Procedimiento de Gestión de Riesgos

Resultados de la Verificación

1. En cuanto al informe de la Matriz Monitoreo de los Riesgos reportados del tercer cuatrimestre

Observación 1:

A la fecha del presente informe no se evidencia la publicación en la Sección de Transparencia numeral 4.12 Riesgos, de la Matriz de Monitoreo de Riesgos de Gestión, de Corrupción y de Seguridad de la Información del tercer cuatrimestre de 2023 (ver imagen), tal como lo establece el Procedimiento de Gestión de Riesgos en la actividad “7 - Monitorear Riesgos”, en la tarea 7.



Fuente: Portal Institucional- Sección Transparencia

2. Respecto al Glosario de la Gestión del Riesgo.

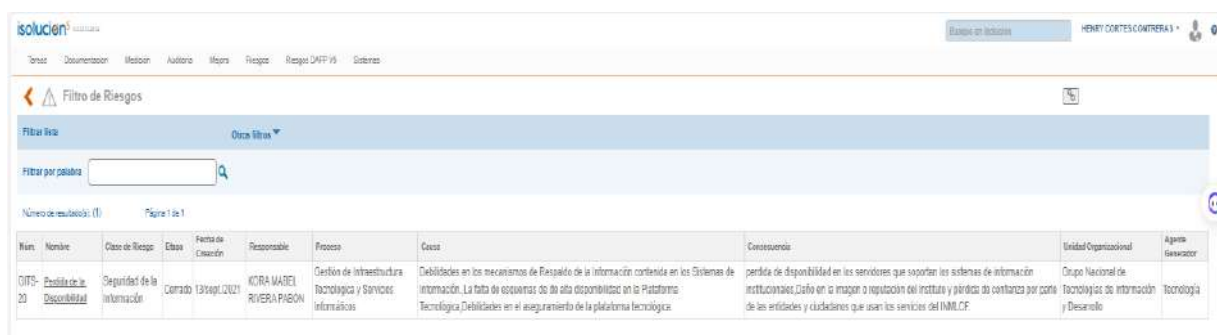
Observación 2:

Se encuentra pendiente de actualizar en el aplicativo ISOLUCION/opción DOCUMENTACION / opción GLOSARIO: los “conceptos básicos o términos relacionados con la gestión del riesgo” acorde a la “Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas”, versión 6 establecido por el DAFP de la versión 6. Entre los términos o conceptos pendientes se encuentran los siguientes: cadena de valor, materialización del riesgo, gestión del riesgo, tratamiento del riesgo, aceptar el riesgo, evitar el riesgo, reducir el riesgo, compartir el riesgo, validación de controles, diseño de controles, mapa de calor o matriz de calor, activos de información, fraude, amenaza, bien público, recurso público, patrimonio público, entre otros. Por otra parte, se hace necesario incluirlos en el Procedimiento de Gestión de Riesgos en el Numeral “3. Definiciones”.

3. En lo relacionado con la identificación, análisis y valoración de riesgos

Observación 3:

En el módulo de riesgos de seguridad de la información (módulo de riesgos/opción Sistemas) se ve registrado un riesgo de Pérdida de Disponibilidad, que fue creado el 13 de septiembre de 2021 (ver imagen), evidenciando que al corte de diciembre de 2023, no se registraron riesgos de seguridad de la información, para la vigencia indicada, relacionados con los tres tipos de identificación (Pérdida de confidencialidad, pérdida de integridad y pérdida de disponibilidad) tal como lo indica la Guía del DAFP en su numeral 6.2 “Identificación del Riesgo” (Página 98).



Núm.	Nombre	Categoría de Riesgo	Ejemplo	Fecha de Creación	Responsable	Proceso	Causa	Consecuencia	Unidad Organizacional	Agente Sancionador
0175-20	Pérdida de la Disponibilidad	Seguridad de la Información	Corrado	13/04/2021	MCRA MADRI RIVERA PABON	Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	Debilidades en los mecanismos de Respaldo de la información contenida en los Sistemas de Información. La falta de esquemas de alta disponibilidad en la Plataforma Tecnológica. Debilidades en el aseguramiento de la plataforma tecnológica.	perdida de disponibilidad en los servidores que soportan los sistemas de información institucionales. Caída en la imagen o reputación del Instituto y pérdida de confianza por parte de las entidades y ciudadanos que usan los servicios del INMLCF.	Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo	Tecnología

Fuente: Aplicativo Isolucion. Módulo de riesgos

5.4 Estado del Plan de Mejora de las recomendaciones presentadas en el informe de seguimiento de riesgos del primero y segundo cuatrimestre de 2023

Resultados de la Verificación

Observación 1:

Aunque no se allegaron a esta oficina los planes de mejoramiento, se ha evidenciado la gestión realizada por parte de la Oficina de Planeación en acciones tendientes a socialización y aplicación a los responsables de los procesos en lo referente a la identificación de los riesgos de: gestión, fiscales, de corrupción y la valoración de los riesgos y los controles.

5.5 Estado de los riesgos materializados durante la vigencia 2023 con corte al 31 de diciembre de 2023

Resultados de la Verificación

Observación 1:

Acorde al informe de los indicadores de la Política de Gestión de riesgos suministrado por la Oficina de Planeación, donde se reporta en el indicador No.2 la materialización de los siguientes riesgos, así:

- Riesgo GSF-172 Posibilidad de abuso del poder para el cambio, pérdida o alteración de un EMP para beneficio propio o de un tercero.
- Riesgo GSF-176 “Posibilidad de recibir dinero o dádivas para beneficio propio o de un tercero por trámite de alguno de los servicios misionales prestados por el INMLCF.”
- Riesgo GSF-178 “Posibilidad de uso indebido o apropiación de bienes e insumos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para beneficio propio o de un tercero”.

Sin embargo, revisados los riesgos mencionados en el aplicativo ISOLUCION, estos aparecen como “No Materializados” (ver imágenes), incumpléndose el Procedimiento de Gestión de Riesgos, Actividad 7 – Monitorear los Riesgos, Tarea 4 – *“Establecer el tratamiento, como componente del Riesgo Materializado, mediante la formulación de las correcciones y/o acciones correctivas, que permitan eliminar las causas que los originaron y mitigar el impacto, que generó el riesgo materializado”*. Así mismo, lo indicado en el documento “Paso a paso para el Registro de Riesgos de Corrupción”, código DG-E-P-022-AX-001-V8 contempla en la Etapa de Autoevaluación las siguientes acciones:

“c. Seleccione en la lista desplegable si el riesgo identificado se materializó en la vigencia



- d. En la columna “**Por qué**” registrar el análisis y/o conclusiones de la gestión del riesgo en la vigencia y como lo anterior permitió que se materializará o no el riesgo.
- e. Incluir **acciones correctivas** si se materializó el riesgo en la vigencia según procedimiento Gestión acciones correctivas, preventivas y de mejora.”

solucion 4.0.0.0.0.0

Buscar en Solución MONY CORTES CONTRERAS

Tareas Documentación Medición Auditoría Mejora Riesgos Riesgos DAPP VS Sistemas

← Información Riesgo

Identificación del Riesgo	
Consecutivo	GSF-172
Nombre del Riesgo	Posibilidad de abuso del poder para el cambio, pérdida o alteración de un EMP para beneficio propio o de un tercero.
Fecha de creación	31/ene./2023
Fecha del Riesgo	30/ene./2023
Responsable	KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN
Clase de riesgo	Corrupción
Proceso	Gestión del Servicio Pericial

Autoevaluación	
Plan de Contingencia	No aplica dado que no se materializó el riesgo durante la vigencia 2023
Responsable AutoEvaluación Riesgo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Materializado	No
Por que	Los controles existentes son efectivos y las acciones formuladas fueron eficaces dado que mitigaron la materialización del riesgo.

solucion 4.0.0.0.0.0

Tareas Documentación Medición Auditoría Mejora Riesgos Riesgos DAPP VS Sistemas

← Información Riesgo

Identificación del Riesgo	
Consecutivo	GSF-178
Nombre del Riesgo	Posibilidad de uso indebido o apropiación de bienes e insumos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para beneficio propio o de un tercero
Fecha de creación	31/ene./2023
Fecha del Riesgo	30/ene./2023
Responsable	KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN
Clase de riesgo	Corrupción
Proceso	Gestión del Servicio Pericial

Autoevaluación	
Plan de Contingencia	No aplica dado que no se materializó el riesgo
Responsable AutoEvaluación Riesgo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Materializado	No
Por que	Los controles existentes son efectivos y las acciones formuladas fueron eficaces dado que mitigaron la materialización del riesgo.

solucion 4.0.0.0.0.0

Tareas Documentación Medición Auditoría Mejora Riesgos Riesgos DAPP VS Sistemas

← Información Riesgo

Identificación del Riesgo	
Consecutivo	GSF-178
Nombre del Riesgo	Posibilidad de uso indebido o apropiación de bienes e insumos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para beneficio propio o de un tercero
Fecha de creación	31/ene./2023
Fecha del Riesgo	30/ene./2023
Responsable	KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN
Clase de riesgo	Corrupción
Proceso	Gestión del Servicio Pericial

Autoevaluación	
Plan de Contingencia	No aplica dado que no se materializó el riesgo
Responsable AutoEvaluación Riesgo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Materializado	No
Por que	Los controles existentes son efectivos y las acciones formuladas fueron eficaces dado que mitigaron la materialización del riesgo.



Fuente: Aplicativo Isolucion. Módulo de Riesgos

Por otra parte, no se evidenció registro en el aplicativo ISOLUCION de acciones correctivas en el módulo de Mejora/acciones correctivas, que permitan mitigar el impacto de de la materialización de los tres riesgos mencionados, incumpléndose lo establecido en el Procedimiento de Gestión de Riesgos, Actividad 7- “Monitorear Riesgos”, Tarea 4 –“Establecer el tratamiento, como componente del Riesgo Materializado, mediante la formulación de las correcciones y/o acciones correctivas, que permitan eliminar las causas que los originaron y mitigar el impacto, que generó el riesgo materializado”.

5.6 Trazabilidad de las No Conformidades asociadas a riesgos de Gestión, de Corrupción y Seguridad de la información

Acorde a la Normatividad vigente y el Procedimiento “Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora”, código DG-C-P-014-V14 con vigencia 11 de octubre de 2023, se procedió a verificar la trazabilidad de las No Conformidades Potenciales y Reales asociadas a los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información, con corte al 31 de diciembre del 2023, encontrándose lo siguiente:

Resultados de la Verificación

De acuerdo a las (97) No conformidades Potenciales asociadas a los riesgos, distribuidas así: (41) de riesgos de gestión y (56) de riesgos de corrupción, se realizó una muestra representativa del 87%, correspondientes a (80) No conformidades potenciales, donde se evidenció lo siguiente:

5.6.1 (2) de las (41) No Conformidades Potenciales asociadas a riesgos de gestión se encontraron en estado “vencida” las cuales representan un 4% y (1) de las (56) No Conformidades Potenciales asociadas a riesgos de corrupción se encuentra “abierta” y representa un 2%. A continuación, se visualiza el resultado de la muestra:

Proceso – Tipo de Riesgo	Identificación del Riesgos	NCP o NCR asociada	Fecha de Cierre Proyectada	Fecha Real de Cierre	Total, días que supera la fecha de cierre proyectada
Gestión Administrativa Tipo de Riesgo: De GESTIÓN	GA-123 – “Posibilidad de que se presenten diferencias entre la cantidad generada en el reporte del sistema SIAF versus la verificación física de los elementos en bodega.”	NCP 1118	2023-12-31	2024-01-29	29 días
Gestión del Servicio Pericial Tipo de Riesgo: De GESTIÓN	GSF188 – “Posibilidad de incumplimiento de los requisitos institucionales por falta de aplicación de los documentos del Sistema Integrado de Gestión durante la ejecución de los procesos misionales en la Regional Occidente, debido a la falta de difusión y uso de mecanismos de control que permitan verificar la implementación de los mismos”.	NCP 1111	2023-12-29	2024-02-05	38 días
Gestión de infraestructura Tecnológica Tipo de Riesgo:	GITS-27 – “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.”	NCP 1073	2023-12-31	Se encuentra abierta	



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2023 – TERCER CUATRIMESTRE

Página 12 de 25

Proceso – Tipo de Riesgo	Identificación del Riesgos	NCP o NCR asociada	Fecha de Cierre Proyectada	Fecha Real de Cierre	Total, días que supera la fecha de cierre proyectada
CORRUPCIÓN					

Fuente: Información tomada del Aplicativo Isolucion. Módulo de Mejora

Lo anterior evidencia una buena gestión en la revisión del estado de las No Conformidades Potenciales por parte de la primera línea de defensa (responsables de los procesos), sin embargo, se hace necesario realizar la verificación la totalidad de No Conformidades Potenciales para que no se presenten estas inconsistencias.

5.6.2 De las (80) No Conformidades Potenciales tomadas en la muestra se presentaron las siguientes inconsistencias:

a. La No Conformidad Potencial (NCP-1073) con registro de actividades sin la existencia de los seguimientos respectivos

Acción para abordar riesgos #1073

Tipo	Fecha de Registro	Proceso	Solicitado a	Unidad Organizacional
Acción para abordar riesgos	09/feb/2023	Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos	CAROLINA VELOZA CASTILLO	Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo
Riesgo	Fuente de Detección	Fecha de Cierre Proyectada	Reportado Por	Seguimiento Plan de Acción
GSCF_R1 Inadecuada prestación de servicio de biblioteca	Mapa de riesgos	31/dic/2023	CAROLINA VELOZA CASTILLO	
Regional-Seccional-Unidad Básica	Área del que reporta	Ciudad	Otros requisitos	Evidencia Objetiva
Subdirección Administrativa y Financiera	Grupo Nacional de Tecnologías de Información y Desarrollo	Bogotá D.C.	No Aplica	No aplica
Descripción de la no conformidad:				
Acción creada desde valoración del riesgo DAFT-0175-27 "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."				
Gestionar ante la alta dirección propuesta para la separación de las responsabilidades y competencias de los funcionarios que gestionan las aplicaciones con altos privilegios en el acceso a los Sistemas de Información				



4. Acciones

Actividad		Seguimiento		Cierre y Costo	
Responsable	XIMENA RESTREPO AGUIRRE	 Fecha	30/ago./2023	Eficacia	Si fue eficaz.
Fecha Compromiso	30/ago./2023	Resultado	Se elabora la propuesta solicitada		
Reportada por	CAROLINA VELOZA CASTILLO	Usuario	XIMENA RESTREPO AGUIRRE		
Actividad	Elaboración de la propuesta para la separación de las responsabilidades y competencias de los funcionarios que gestionan las aplicaciones con altos privilegios en el acceso a los Sistemas de Información.	Evidencia	Documento "Reformulación Estructura Organizacional – Segregación de Funciones del área de Tecnologías de la Información"	Costo \$	0
			Registros(1)		
Responsable	MIRYAM AURORA JIMENEZ BUITRAGO				
Fecha Compromiso	30/sep./2023				
Reportada por	CAROLINA VELOZA CASTILLO				
Actividad	Aprobación de la propuesta para la separación de las responsabilidades y competencias de los funcionarios que gestionan las aplicaciones con altos privilegios en el acceso a los Sistemas de Información.				
Responsable	BONIA PATRICIA CASTANEDA NEIRA				
Fecha Compromiso	30/oct./2023				
Reportada por	CAROLINA VELOZA CASTILLO				
Actividad	Gestionar ante la Dirección General la propuesta para la separación de las responsabilidades y competencias de los funcionarios que gestionan las aplicaciones con altos privilegios en el acceso a los Sistemas de Información.				
 Ver avance de las actividades					
Total del Costo: 0					
Total Costo Acumulado: 0					

Fuente: Aplicativo Isolución – Módulo de Mejora

b. Tres (3) No conformidades Potenciales con cierre eficaz, sin cumplir con las actividades programadas, así:

- No Conformidad Potencial No.1121 cerrada el 29 de diciembre de 2023 (ver imagen), donde se registra en la actividad “2. *Ajustar los controles que se requieran y documentarlos en el procedimiento de Gestión de indicadores*, a través de la acción de seguimiento “. *Se construye documento borrador de la versión No. 8 de procedimiento Gestión de Indicadores Institucionales*”, sin asegurar con ello la mitigación del riesgo, debido a que el procedimiento de indicadores no se encuentra aprobado en el aplicativo ISOLUCION, por tal motivo no justifica el cierre eficaz de la No Conformidad.

Acción para abordar riesgos #1121

Tipo	Fecha de Registro	Proceso	Solicitado a	Unidad Organizacional
Acción para abordar riesgos	10/ago./2023	Administración del SIG	SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO	Oficina de Planeación
Riesgo	Fuente de Detección	Fecha de Cierre Proyectada	Reportado Por	Seguimiento Plan de Acción
SIG_R14 Posibilidad de Pérdida de Imagen, por la inadecuada forma de decisiones, debido a la impropia formulación, medición y análisis de indicadores.	Mapa de riesgos	29/dic./2023	JUAN PAULO GUZMAN PAVA	
Regional-Seccional-Unidad Básica	Área del que reporta	Ciudad	Fuente Origen	Otros requisitos
Dirección General	Oficina de Personal	Bogotá D.C.	Fuente Origen	NO APLICA
Evidencia Objetiva				
ANÁLISIS DE RIESGOS				



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2023 – TERCER CUATRIMESTRE

Página 14 de 25

4. Acciones

Actividad	Seguimiento	Cierre y Costo
Responsable SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Fecha Compromiso 20/dic./2023 Reportada por SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Actividad 1. Revisar los indicadores de gestión, mediante asesoría externa, así como, fortalecer el análisis de los resultados, con el fin de disponer información útil para la toma de decisiones.	Fecha 04/sept./2023 Se adelantó a través de un convenio de cooperación con la Universidad del Rosario la realización de un curso-taller de Indicadores, iniciando con una reunión de contexto el día 8 de agosto, seguido de la apertura oficial con la sesión "Marco Teórico" con todos los participantes. A partir de este marco teórico se programaron 16 mesas técnicas para la asesoría externa de cada uno de los procesos de manera independiente. Resultado Usuario SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Evidencia Memorando 018-OFPL-DO-2023, Presentación sesión "Marco Teórico"  Registros(1)	Eficacia Si fue eficaz: Costo \$ 0
Responsable SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Fecha Compromiso 20/dic./2023 Reportada por SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Actividad 2. Ajustar los controles que se requieran y documentarlos en el procedimiento de Gestión de indicadores.	Fecha 23/dic./2023 Se desarrollaron las mesas técnicas necesarias para cada proceso y una sesión de socialización con todos los líderes de proceso y el Director General. Se presentan en total 62 fichas técnicas de los indicadores de gestión producto del curso-taller, se reciben observaciones y realizan ajustes para presentar en Comité Directivo el resultado final. Resultado Usuario SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Evidencia Tablero consolidado indicadores de gestión, presentación final  Registros(2)	Eficacia Si fue eficaz: Costo \$ 0
Responsable SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Fecha Compromiso 20/dic./2023 Reportada por SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Actividad 2. Ajustar los controles que se requieran y documentarlos en el procedimiento de Gestión de indicadores.	Fecha 04/sept./2023 De manera alterna, como tratamiento a la no conformidad real No. 2883 se realizó un análisis y primera definición de los controles a incluir en el procedimiento Gestión de Indicadores Institucionales, donde se plantean propuestas y aspectos a considerar por el equipo SIO. Se planea incluir las metodologías utilizadas en el desarrollo del curso-taller y de este modo generar una nueva propuesta a los controles incluidos en el procedimiento. Resultado Usuario SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Evidencia Control definido previo al curso-taller  Registros(1)	Eficacia Si fue eficaz: Costo \$ 0
	Fecha 29/dic./2023 Se continúa documento borrador de la versión No. 8 de procedimiento Gestión de Indicadores Institucionales, el cual se somete a revisión y ajuste por la auditoría recibida en el mes de octubre 2023 al proceso Administración del SIO. Resultado Usuario SHARON ALENA CASTANEDA BOTERO Evidencia Documento borrador procedimiento Gestión de indicadores institucionales V8  Registros(1)	

Ver avance de las actividades

Total del Costo: 0
Total Costo Acumulado: 0

Responsable de evaluar eficacia y cerrar Acción para abordar riesgos

MARTIN EMILIO SEPULVEDA CELIS

Eficacia Global

Eficacia

☐ Pendiente ☒ No ☐ Si

Comentario

Se realizan todas las acciones programadas como tratamiento al riesgo "Posibilidad de pérdida de imagen, por la inadecuada toma de decisiones, debido a la inapropiada formulación, medición y análisis de indicadores.". Durante la vigencia se gestiona el curso-taller con la Universidad del Rosario donde se revisan y formulan los indicadores de gestión de los 16 procesos del Sistema Integrado de Gestión, se adopta la metodología utilizada y se proyecta la actualización del procedimiento Gestión de Indicadores Institucionales para la siguiente vigencia.

Acción para abordar riesgos Cerrada por MARTIN EMILIO SEPULVEDA CELIS el 29/dic./2023

Fuente Aplicativo Isolucion. Módulo de Mejora

- Cierre de No Conformidad Potencial No. 1050 (ver imagen) asociada al riesgo GSF-173 "Posibilidad de abuso del poder para la retención, pérdida o alteración de un informe o dictamen pericial para beneficio propio o de un tercero", con actividad programada, pendiente de cumplir para la vigencia 2023, relacionada con la **actualización del Procedimiento de Monitoreo de informes**. Esta misma situación se presentó para la No Conformidad Potencial 1053 asociada al riesgo DAFP GSF-175 "Posibilidad de presión o influencia (interna y/o externa) indebida para alterar la gestión de las solicitudes, para beneficio propio o de un tercero".



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2023 – TERCER CUATRIMESTRE

Página 15 de 25

Temas	Documentación	Módulo	Autoría	Mejora	Riesgo	Riesgo DAPP V5	Sistemas																																																																											
No conformidad potencial #1050																																																																																		
Tipo	No conformidad potencial		Fecha de Registro	31/ene./2023		Proceso	Gestión del Servicio Pericial	Solicitado a	KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN																																																																									
Unidad Organizacional	Subdirección de Servicios Forenses		Fuente de Detección	Mapa de riesgo		Fecha de Cierre Proyectada	31/ene./2023	Requisito que se incumple: Norma y Numeral	NO APLICA : No aplica																																																																									
Norma Interna	1-No Aplica		Reportado Por	KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN		Seguimiento Plan de Acción		Regional/Seccional/Unidad Básica	Subdirección de Servicios Forenses																																																																									
Área del que reporta	Subdirección de Servicios Forenses		Ciudad	Bogotá D.C.		Otros requisitos	No aplica	Evidencia Objetiva	No aplica																																																																									
Descripción de la no conformidad: Acción creada desde Controles Riesgos DAPP GSF-173 Posibilidad de abuso del poder para la retención, pérdida o alteración de un informe o dictamen pericial para beneficio propio o de un tercero.																																																																																		
<table><thead><tr><th>Actividad</th><th>Responsable</th><th>Fecha</th><th>Comentarios</th><th>Reportado por</th><th>Actividad</th><th>Resultado</th><th>Evidencia</th><th>Eficacia</th><th>Costo \$</th></tr></thead><tbody><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 07/ago./2023 El monitoreo de los informes periciales de Laboratorios y Organismos de Inspección es realizado por profesionales del GNEC y enviado series de su avance por el Coordinador de Grupo. La verificación de su correcta ejecución o realización de discrepancias se realiza durante la ejecución. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Programa de monitoreo 2022 y 2023. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ</td><td>07/ago./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 27/abr./2023 La propuesta de actualización del procedimiento DO-M-P-615-V06 incluye Anexo de generalidades con los aspectos técnicos del monitoreo de laboratorios y organismos de inspección de cuerpos burocráticos, inclusión de gráficos necesarios de clínica y patología en "Anexo Registros". Actualización del Anexo B "Formulario de resultados de monitoreo" para incluir condiciones de orden en evaluaciones y eliminación del Anexo C. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta de modificación DO-M-P-615-V06. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ</td><td>29/abr./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 29/abr./2023 A la fecha se cuenta con la propuesta de actualización que debe ser validada con los funcionarios del GNEC y los Coordinadores de los Grupos Nacionales de Clínica y Patología. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta actualización DO-M-P-615. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 23/ago./2023 El 27 de April se suministró vía correo electrónico a los reportantes, los resultados del monitoreo junto con el detalle de cada regional, en donde se evidencian las novedades y falencias encontradas en los registros de los monitoreos. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo por regional del informe consolidado de monitoreo de calidad de los informes de patología en el año 2022. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>FIDELIGNO PARDO SIERRA</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 20/mar./2023 Se entregó cronograma para efectuar monitoreos. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Cronograma de monitoreo al monitoreo efectuable. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>FIDELIGNO PARDO SIERRA</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 09/mar./2023 Informe informo del monitoreo del monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Informe efectuado por parte del grupo nacional con el monitoreo del monitoreo. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>FIDELIGNO PARDO SIERRA</td><td>09/mar./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 09/mar./2023 Acciones sugeridas para el plan de mejora. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Oficio con anexo de plan de mejora, enviado a las regionales. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 31/ago./2023 El GNEC realizó los anexos (Detalle de como se debe ejecutar el monitoreo de Patología y Anatomía) del documento de monitoreo, adjuntándolo dentro lo mencionado para el monitoreo de antropología, en el caso de patología no fue necesario hacer herramienta ya que esta está integrada a SIREDEC. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo del procedimiento y herramienta de Antropología. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr><tr><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>FIDELIGNO PARDO SIERRA</td><td>01/ene./2023</td><td>Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN</td><td>Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.</td><td>Fecha: 03/ago./2023 Se elaboró anexo y herramienta de clínica para monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: anexo y herramienta. Registro(s):</td><td>Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0</td></tr></tbody></table>										Actividad	Responsable	Fecha	Comentarios	Reportado por	Actividad	Resultado	Evidencia	Eficacia	Costo \$	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 07/ago./2023 El monitoreo de los informes periciales de Laboratorios y Organismos de Inspección es realizado por profesionales del GNEC y enviado series de su avance por el Coordinador de Grupo. La verificación de su correcta ejecución o realización de discrepancias se realiza durante la ejecución. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Programa de monitoreo 2022 y 2023. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	07/ago./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 27/abr./2023 La propuesta de actualización del procedimiento DO-M-P-615-V06 incluye Anexo de generalidades con los aspectos técnicos del monitoreo de laboratorios y organismos de inspección de cuerpos burocráticos, inclusión de gráficos necesarios de clínica y patología en "Anexo Registros". Actualización del Anexo B "Formulario de resultados de monitoreo" para incluir condiciones de orden en evaluaciones y eliminación del Anexo C. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta de modificación DO-M-P-615-V06. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	29/abr./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 29/abr./2023 A la fecha se cuenta con la propuesta de actualización que debe ser validada con los funcionarios del GNEC y los Coordinadores de los Grupos Nacionales de Clínica y Patología. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta actualización DO-M-P-615. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 23/ago./2023 El 27 de April se suministró vía correo electrónico a los reportantes, los resultados del monitoreo junto con el detalle de cada regional, en donde se evidencian las novedades y falencias encontradas en los registros de los monitoreos. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo por regional del informe consolidado de monitoreo de calidad de los informes de patología en el año 2022. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 20/mar./2023 Se entregó cronograma para efectuar monitoreos. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Cronograma de monitoreo al monitoreo efectuable. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 09/mar./2023 Informe informo del monitoreo del monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Informe efectuado por parte del grupo nacional con el monitoreo del monitoreo. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	09/mar./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 09/mar./2023 Acciones sugeridas para el plan de mejora. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Oficio con anexo de plan de mejora, enviado a las regionales. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 31/ago./2023 El GNEC realizó los anexos (Detalle de como se debe ejecutar el monitoreo de Patología y Anatomía) del documento de monitoreo, adjuntándolo dentro lo mencionado para el monitoreo de antropología, en el caso de patología no fue necesario hacer herramienta ya que esta está integrada a SIREDEC. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo del procedimiento y herramienta de Antropología. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 03/ago./2023 Se elaboró anexo y herramienta de clínica para monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: anexo y herramienta. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0
Actividad	Responsable	Fecha	Comentarios	Reportado por	Actividad	Resultado	Evidencia	Eficacia	Costo \$																																																																									
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 07/ago./2023 El monitoreo de los informes periciales de Laboratorios y Organismos de Inspección es realizado por profesionales del GNEC y enviado series de su avance por el Coordinador de Grupo. La verificación de su correcta ejecución o realización de discrepancias se realiza durante la ejecución. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Programa de monitoreo 2022 y 2023. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	07/ago./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 27/abr./2023 La propuesta de actualización del procedimiento DO-M-P-615-V06 incluye Anexo de generalidades con los aspectos técnicos del monitoreo de laboratorios y organismos de inspección de cuerpos burocráticos, inclusión de gráficos necesarios de clínica y patología en "Anexo Registros". Actualización del Anexo B "Formulario de resultados de monitoreo" para incluir condiciones de orden en evaluaciones y eliminación del Anexo C. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta de modificación DO-M-P-615-V06. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ	29/abr./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 29/abr./2023 A la fecha se cuenta con la propuesta de actualización que debe ser validada con los funcionarios del GNEC y los Coordinadores de los Grupos Nacionales de Clínica y Patología. Usuario: MARIA VICTORIA ESTURRIBAN MARTINEZ Evidencia: Propuesta actualización DO-M-P-615. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 23/ago./2023 El 27 de April se suministró vía correo electrónico a los reportantes, los resultados del monitoreo junto con el detalle de cada regional, en donde se evidencian las novedades y falencias encontradas en los registros de los monitoreos. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo por regional del informe consolidado de monitoreo de calidad de los informes de patología en el año 2022. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 20/mar./2023 Se entregó cronograma para efectuar monitoreos. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Cronograma de monitoreo al monitoreo efectuable. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 09/mar./2023 Informe informo del monitoreo del monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Informe efectuado por parte del grupo nacional con el monitoreo del monitoreo. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	09/mar./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 09/mar./2023 Acciones sugeridas para el plan de mejora. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: Oficio con anexo de plan de mejora, enviado a las regionales. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 31/ago./2023 El GNEC realizó los anexos (Detalle de como se debe ejecutar el monitoreo de Patología y Anatomía) del documento de monitoreo, adjuntándolo dentro lo mencionado para el monitoreo de antropología, en el caso de patología no fue necesario hacer herramienta ya que esta está integrada a SIREDEC. Usuario: LUIS EDUARDO ROMERO ANTURI Evidencia: Anexo del procedimiento y herramienta de Antropología. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												
Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	FIDELIGNO PARDO SIERRA	01/ene./2023	Reportado por KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN	Realizar monitoreo al proceso de monitoreo de informes.	Fecha: 03/ago./2023 Se elaboró anexo y herramienta de clínica para monitoreo. Usuario: FIDELIGNO PARDO SIERRA Evidencia: anexo y herramienta. Registro(s):	Eficacia: Si fue eficaz Costo \$: 0																																																																												

Responsable de evaluar eficacia y cerrar No conformidad potencial

KAREN ANGELICA FUENTES GUZMAN

Fuente: Información tomada del Aplicativo Isolucion. Módulo de Mejora



- No Conformidad Potencial No. 1119 - asociada al riesgo GA_R124 “Posibilidad de atraso en el desarrollo de los proyectos de infraestructura por incremento en los tiempos en la estructuración de procesos y estudios previos para adelantar la etapa contractual” donde la actividad programada no está orientada a mitigar el riesgo. Además, dicha acción en sus seguimientos nos prosperaron y se cerró como eficaz (ver imagen).

Acción para abordar riesgos #1119

Tipo Acción para abordar riesgos	Fecha de Registro 19/jul./2023	Proceso Gestión Administrativa	Solicitado a MARIA CONSTANZA LOZANO PALMA
Unidad Organizacional Subdirección Administrativa y Financiera	Riesgo GA_R124 Posibilidad de atraso en el desarrollo de los proyectos de infraestructura por incremento en los tiempos en la estructuración de procesos y estudios previos para adelantar la etapa contractual.	Fuente de Detección Mapa de riesgos	Fecha de Cierre Proyectada 31/dic./2023
Reportado Por MARIA CONSTANZA LOZANO PALMA	Seguimiento Plan de Acción 	Regional-Seccional-Unidad Básica Dirección General	Área del que reporta Subdirección Administrativa y Financiera

2. Análisis de causas

Métodos de Análisis

☐ Espina de Pescado ☒ Porques

Porques

¿Por Que No Aplica. ?
Cambios en diseños y ajustes a los proyectos, debido a temas técnicos o funcionales.

¿Por Que Cambios en diseños y ajustes a los proyectos, debido a temas técnicos o funcionales. ?
Cambios y ajustes a los proyectos de inversión, acorde con la asignación de recursos.

¿Por Que Cambios y ajustes a los proyectos de inversión, acorde con la asignación de recursos. ?
Cambios ajustes en la revisión de estudios previos.

¿Por Que Cambios ajustes en la revisión de estudios previos. ?
No Aplica.

¿Por Que No Aplica. ?
No Aplica.

4. Acciones

Actividad	Seguimiento	Cierre y Costo
Responsable MYRIAM EDITH MANCERA LOZANO Fecha Compromiso 31/dic./2023 Reportada por MARIA CONSTANZA LOZANO PALMA Actividad Posibilidad de contar con personal adicional, que permita reducir los ajustes en los proyectos y estudios previos.	Fecha 31/ago./2023 Resultado Se han realizado gestiones para la búsqueda e incorporación de un profesional con perfil en el área electromecánica, para apoyo en el desarrollo de presupuestos de mantenimientos y reparaciones locativas de sedes en el área específica; sin embargo a la fecha no ha sido posible concretar profesional a vincular. Usuario MYRIAM EDITH MANCERA LOZANO Evidencia Se anexan soportes de algunas de las gestiones adelantadas que se encuentran documentadas, en relación con la posibilidad de incorporar profesional con el perfil mencionado. Registros(4)	Eficacia Si fue eficaz Costo \$ 0
	Fecha 28/dic./2023 Resultado Se realizaron las gestiones pertinentes en búsqueda de poder contar con un profesional de apoyo en el área electromecánica, lo cual no fue posible concretar; un profesional en cumplimiento del perfil requerido no culminó proceso de vinculación a la entidad. Así las cosas se revisará y ajustará el perfil del profesional requerido para realizar nueva gestión en la vigencia 2024. Usuario MYRIAM EDITH MANCERA LOZANO	

Responsable de evaluar eficacia y cerrar Acción para abordar riesgos

MARIA CONSTANZA LOZANO PALMA

Eficacia Global

Eficacia

☐ Pendiente ☐ No ☒ Si

Comentario

Se realiza la revisión de las actividades y su evidencia de ejecución, encontrando que fueron eficaces.

Fuente: Información tomada del Aplicativo Isolucion. Módulo de Mejora

- c. Dos (2) No Conformidades Potenciales (1028 Y 1029) similares en su contenido para mitigar el mismo riesgo GCOM-13 – *“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”*.

[illegible]

Fuente: Información tomada del Aplicativo Isolucion. Módulo de Mejora



De acuerdo a la muestra, (6) de las (80) No conformidades potenciales que representan un 8%, presentan inconsistencias, lo que indica que la mayoría de No conformidades Potenciales asociadas a riesgos siguen los lineamientos establecidos del Procedimiento de Gestión del Riesgo y del Procedimiento de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora vigentes.

5.7 Trazabilidad de las fases de la gestión de riesgos

De acuerdo al Procedimiento Gestión de Riesgos, código DG-E-P-022-V8 con vigencia 21 de abril de 2023, se procedió a verificar la trazabilidad de la Fase de los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información, con corte al 31 de diciembre del 2023, encontrándose lo siguiente:

5.7.1 De los (23) riesgos de corrupción de la vigencia 2023, (19) de ellos, cuentan con la etapa de cierre, los (4) restantes aparecen en estado de Evaluación que representan un 17%.

ítem	Núm.	Nombre	Etapas	Fecha de Creación	Responsable	Proceso
1	GA-108	RC-Deficiencia en la supervisión, control y vigilancia de los contratos celebrados por el instituto para la adquisición de bienes o servicios, para beneficio propio o favorecimiento de un tercero	Autoevaluación	30/ene./2023	PAULA ANDREA CRUZ ACHURY	Gestión Administrativa
2	GA-109	RC-Posibilidad de influenciar la etapa precontractual, para beneficiar a un tercero al momento de adjudicar el contrato	Autoevaluación	13/feb./2023	PAULA ANDREA CRUZ ACHURY	Gestión Administrativa
3	GITS-27	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.	Autoevaluación	08/feb./2023	CAROLINA VELOZA CASTILLO	Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos
4	GTH-16	Posibilidad de utilización indebida de la información y registros contenidos en las historias laborales de los servidores públicos del INMLCF, para beneficio propio o de terceros	Autoevaluación	14/feb./2023	MARTHA LUCIA AYALA MORA	Gestión del Talento Humano

Fuente: Aplicativo ISOLUCION -Módulo de Riesgos

Acorde a la muestra, se puede deducir que el 87% de los responsables de los procesos cumplieron con realizar el cierre de los riesgos al final de la vigencia.

5.7.2 Revisados los riesgos de gestión en la valoración del riesgo residual se observó que tienen la misma calificación en el riesgo inherente, lo anterior indica que los controles existentes no contribuyen a la mitigación del riesgo, para (6) de los (43) riesgos de gestión, los cuales representan el 14% (ver tabla).

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES 2023 – TERCER CUATRIMESTRE

Página 19 de 25

Cons.	UBICACIÓN DEL PROCESO			Nombre Riesgo	ANÁLISIS DE RIESGOS				VALORACION DEL RIESGO		
	Num		PROCESO		Calificación			Controles	Valoración del riesgo		
	Sigla	Co ns.			Posibilidad de Ocurrencia	Impacto	Evaluación		Posibilidad de Ocurrencia	Impacto	Evaluación
1	GSEC	32	Gestión del Sistema de Evaluación y Control	Posibilidad de afectación reputacional por nulidades procesales debido a la incursión en cualquiera de las causales establecidas en la ley disciplinaria.	Media	Moderado	Moderado	El Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno Revisar que los autos y documentos generados en cada etapa procesal por el abogado asignado se ajusten a la legalidad para luego aprobar y autorizar su remisión.	Media	Moderado	Moderado
2	GCOM	14	Gestión de la Comunicación	Posibilidad de pérdida reputacional por uso incorrecto de piezas de comunicación, debido al incumplimiento de requisitos de diseño, estructura, estética y lenguaje claro.	Media	Catastrófico	Extremo	El coordinador del Grupo Nacional de Divulgación y Comunicación Institucional, monitorea que las publicaciones en redes sociales, elaboración de notas de prensa y piezas graficas cumplan con lo establecido, dejando evidencia en correos electrónicos u otros registros. Si se detecta incumplimiento en algún aspecto se toman las correcciones pertinentes.	Media	Catastrófico	Extremo
3	GAM	6	Gestión Ambiental	Posibilidad de incumplimiento o no desarrollo de las estrategias de gestión ambiental diseñadas para mitigar y reducir los aspectos e impactos ambientales del INMLCF, debido a ausencia de seguimiento a la ejecución de los programas y estrategias ambientales.	Baja	Moderado	Moderado	El proceso de Gestión Ambiental realiza seguimiento al cumplimiento de las estrategias por medio de los indicadores de gestión de los programas y estrategias para uso y ahorro eficiente de agua, energía y gestión integral de residuos.	Baja	Moderado	Moderado
4	GCPF	32	Gestión de Certificación de Peritos Forenses	Falla en el Sistema de Información de Certificación de Peritos Forenses (SICPF) en la aplicación de los instrumentos de evaluación teóricos.	Baja	Moderado	Moderado	Disponer de un plan B con los instrumentos cifrados con contraseña para ser aplicados en forma impresa.	Baja	Moderado	Moderado
5	GA	122	Gestión Administrativa	Posibilidad de presentarse un inadecuado rearchivo de los documentos devueltos en condición de préstamo.	Baja	Menor	Moderado	Hoja de préstamo o ficha afuera en lugar de almacenamiento del documento prestado.	Baja	Menor	Moderado
6	GA	123	Gestión Administrativa	Posibilidad de que se presenten diferencias entre la cantidad generada en el reporte del sistema SIAF versus la verificación física de los elementos en bodega.	Baja	Menor	Moderado	Verificación física de los elementos en bodega.	Baja	Menor	Moderado

Fuente: Aplicativo ISOLUCION -Módulo de Riesgos

Aunque el 86% de los riesgos de gestión registrados en la fase de análisis y valoración cumplen con lo señalado en el procedimiento hay un 14% de responsables de los procesos que requieren asesoría por parte de la Oficina de Planeación en las mencionadas fases.

5.7.3 Esta misma situación se presenta en (1) de los (23) riesgos de corrupción representando un 4%, tal como se muestra en la tabla siguiente:



ITEM	UBICACIÓN DEL PROCESO			ANÁLISIS DE RIESGOS				VALORACION DEL RIESGO		
ITEM	Num	PROCESO	Nombre Riesgo	Calificación			Controles	Valoración del riesgo		
				Posibilidad de Ocurrencia	Impacto	INTEGRACION NIVEL RIESGO		Posibilidad de Ocurrencia	Impacto	INTEGRACION NIVEL RIESGO
1	GSF-180	Gestión del Servicio Pericial	Posibilidad de abuso del poder para beneficio propio o de un tercero en la generación del informe o dictamen pericial no autorizado.	4-Probable	20-Catastrófico	80-Extremo	Realizar la revisión de informes periciales mediante el registro electrónico en los sistemas de información de los Laboratorios / Organismo de inspección. (SIRDEC, SAILFO, SIFMELCO, SICLICO.) y para el caso de genética mediante el formato DG-M-P-099-F-002	4-Probable	20-Catastrófico	80-Extremo
							Realizar monitoreos anuales a informes periciales según DG-M-P-015 y Programa de monitoreo de calidad en psiquiatría y psicología forense mediante formatos DG-M-P-54-V01-F01, DG-M-P-54-V01-F02 y DG-M-P-54-V01-F03			
							Diligenciar la matriz de autorizaciones formato DG-M-P-106 F-002			
							Revisar de manera permanente en los sistemas de información la asignación de los casos en clínica y patología forense			

Fuente: Aplicativo ISOLUCION -Módulo de Riesgos

La anterior observación indica que el 96% de los riesgos de corrupción registrados en la fase de análisis y valoración cumplen con lo señalado en el procedimiento, y un 4% de los responsables de los procesos que requieren asesoría por parte de la Oficina de Planeación en las mencionadas fases.

5.8 Validación de los controles asociados a los riesgos institucionales

Resultados de la verificación

- a. El anexo: “Herramienta para la Identificación de Riesgos y Definición de Controles”, Código del anexo: DG-E-P-022-AX-004-V1 visualiza los campos que son característicos del control de un riesgo (ver imagen 1), acorde a la Guía del DAFP, pero dichos campos no coinciden con los consultados en el aplicativo ISOLUCION /Módulo de Riesgos/ Sección “Seguimiento de Controles” (ver imagen 2)

Imagen 1. Campos del anexo “Herramienta para la identificación de riesgos y definición de controles”

DEFINICIÓN DE CONTROLES						VALORACIÓN DE CONTROLES						DEFINICIÓN DE ACCIONES				
NO. CONTROL	NOMBRE CONTROL	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	PROPOSITO	COMO SE REALIZA	QUE HACER EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO NO ESPERADO	EVIDENCIA	TIPO	AFECTACIÓN	IMPLEMENTACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA	EVIDENCIA	CALIFICACIÓN	ACCIÓN	RESPONSABLE

Imagen 2. Campos consultados en el aplicativo ISOLUCION.

Controles										Calificación Residual				Acciones de control	
Descripción del Control	Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	% Probabilidad	% Impacto	1ª Línea de defensa	2ª Línea de defensa	3ª Línea de defensa	Posibilidad de Ocurrencia	Impacto	Zona	Medidas de Respuesta	

Al ingresar al módulo de riesgos del aplicativo ISOLUCION en la fase de identificación de controles el responsable del proceso registra todos los campos descritos en la imagen 1, pero el reporte de controles incluido en el aplicativo ISOLUCION/Módulo de Riesgos /Sección Seguimiento de Controles (imagen 2),

no incluye los campos “Propósito, Cómo se realiza y “Qué hacer en caso de encontrar un resultado no esperado”.

b. En el aplicativo ISOLUCIÓN/Módulo de Riesgos /Sección Seguimiento de Controles no se diligencian los campos que hacen parte del control, tales como:

- Para los riesgos GSF-182 – “Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida o suspensión de acreditación de ensayos en los laboratorios y organismos de inspección, debido a incumplimiento de los requisitos establecidos por el organismo de acreditación” y GCOM-14, “Posibilidad de pérdida reputacional por uso incorrecto de piezas de comunicación, debido a incumplimiento de requisitos de diseño, estructura, estética y lenguaje claro.” No se registró el responsable del control.

Soporte Impacto	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de santa disciplina y acciones y/o de proveedores.
Impacto	Medio
Calificación del Riesgo	
Evaluación	Mediocrate
Medidas de Respuesta	Aceptar

Controles del Riesgo									
Cons.	Nombre	Responsable Primera Línea de Defensa	Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	% de probabilidad	% de impacto
	El GRCIF realiza la detección y notificación de necesidades de actualización.	COORDINADOR (JF)	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	24.00	40.00
	El GRCIF tiene la responsabilidad de gestionar la actualización del servicio durante cada vigencia.	COORDINADOR (JF)	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	14.40	40.00
	El GRCIF consulta, valida y entrega la documentación al organismo de acreditación.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	8.64	40.00
	El GRCIF emite las notificaciones de evaluación externa la vigencia transcurrida de las evaluaciones con las sedes correspondientes.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	9.18	40.00
	El GRCIF y la Dirección Regional tienen la responsabilidad de garantizar la formulación del plan de sesión en los tiempos establecidos.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	3.11	40.00
	Las Coordinadoras Regionales y el Coordinador del GRCIF planifican la actividad relacionada con la modificación y entrega a revisión del grupo nacional para podermente solicitar la aprobación del GRCIF, quien emite el consentimiento de cambios y las modificaciones a los mismos conforme al procedimiento CO-M-P-003.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	1.87	40.00
	El GRCIF, los Facilitadores GRC y los Representantes de Organizaciones Técnicas (ROT), tienen la responsabilidad de hacer la difusión de los criterios adoptados de actualización cada semestre o cuando se presenten actualizaciones.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	1.12	40.00
	El Coordinador Regional de Ciencias Forenses o Representante de Organizaciones Técnicas genera los documentos comunicativos necesarios conforme al procedimiento CO-M-P-004.		Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	0.57	40.00

Controles del Riesgo									
Cons.	Nombre	Responsable Primera Línea de Defensa	Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	% de probabilidad	% de impacto
C1	El coordinador del Grupo Nacional de Divulgación y Comunicación Institucional, monitorea que las publicaciones en redes sociales, elaboración de notas de prensa y piezas gráficas cumplan con lo establecido, dejando evidencia en correos electrónicos u otros registros. Si se detecta incumplimiento en algún aspecto se toman las correcciones pertinentes.		Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	42.00	100.00
			Descripción	Descripción	Descripción	Descripción	Descripción		
			El control se ejecuta cuando ya están las piezas comunicativas diseñadas.	El control lo ejerce la coordinadora manualmente.	El procedimiento DG-E-P-020 en la actividad 11 tarea 3 lo establece, pero es necesario fortalecer la redacción para no limitarlo al cumplimiento de una meta.	El coordinador ejecuta el control cada vez que recibe piezas de comunicación.	En algunas ocasiones se conserva registro de la revisión en correos electrónicos, por lo tanto, es necesario fortalecer este aspecto.		

Fuente: Aplicativo ISOLUCION- módulo Mejora

- Para el riesgo GSF-182 - “Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida o suspensión de acreditación de ensayos en los laboratorios y organismos de inspección, debido a incumplimiento de los requisitos establecidos por el organismo de acreditación”, no hay una identificación clara del control



Nombre	Responsable Primera Línea de Defensa
El GNCIF realiza la detección y validación de necesidades de acreditación	COORDINADOR (AF)
El GNCIF tiene la responsabilidad de gestionar la contratación del servicio durante cada vigencia	COORDINADOR (AF)
El GNCIF consolida, revisa y entrega la documentación al organismo de acreditación	
El GNCIF remite las notificaciones de evaluación y gestiona la logística transversal de las evaluaciones con las sedes correspondientes	
El GNCIF y los Directores Regionales tienen la responsabilidad de garantizar la formulación del plan de acción en los tiempos establecidos	
Los Coordinadores Regionales y Coordinador del GNCIF planifican la actividad relacionada con la modificación y enviar a revisión del grupo nacional para posteriormente solicitar la aprobación del GNCIF, quien además consolida los alcances y las modificaciones a los mismos conforme al procedimiento DG-A-P-086.	
El GNCIF, los Facilitadores SIG y Responsables de Operaciones Técnicas (ROT) tienen la responsabilidad de hacer la difusión de los criterios adicionales de acreditación cada semestre o cuando se presenten actualizaciones.	
El Coordinador Regional de Ciencias Forenses o Responsable de Operaciones Técnicas genera las acciones correctivas relacionadas conforme al procedimiento DG-M-P-004	

Fuente: Aplicativo Isolución. Módulo Riesgos

Nota: En el Procedimiento de Gestión de Acreditación en el INMLCF, código DG-A-P-086-v5 se detallan los controles y los responsables de ejercer el control, tales como: Revisar los contratos de acreditación suscritos con el Organismo de Acreditación para cada esquema de acreditación, Revisar otros criterios de acreditación definidos por el Organismo de Acreditación, entre otros.

- c. Para el Riesgo GA-122 – “*Posibilidad de presentarse un inadecuado rearchivo de los documentos devueltos en condición de préstamo*”, el control no está bien definido y la evidencia aparece sin documentar tal como lo establece el procedimiento de Gestión Documental.

Controles del Riesgo									
Cons.	Nombre	Responsable Primera Línea de Defensa	Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	% de probabilidad	% de impacto
CI-GA	Riesgo de préstamo o ficha altera en lugar de almacenamiento del documento prestado	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Detectivo Descripción Detectivo	Manual Descripción Se realiza el préstamo de documentos y se deja en lugar del documento retirado la ficha de altura o el formato de solicitud de préstamo de documentos.	Sin documentar Descripción Sin documentar	Continua Descripción Dinámica	Con registro Descripción Formato de solicitud de préstamo retirado, documentos almacenados correctamente.	25.00	40.00

Fuente: Aplicativo Isolución. Módulo Riesgos

Nota: El Procedimiento de Gestión Documental, código DG-A-P-012-V5, tiene establecido en la actividad 3, Tramitar consulta y/o préstamo de documentos (actividad 3) -, el formato formalizado: DG-A-P-012-F-008-v5 - Formato Control De Préstamo Documentos Archivo Central.



6 CONCLUSIONES

Realizado el seguimiento dado a los riesgos institucionales con corte al 31 de diciembre de 2023, acorde a los objetivos propuestos, se concluye que:

- a. El Instituto ha dado cumplimiento a los artículos contemplados en la Política de Gestión de Riesgos Institucionales.
- b. El Procedimiento de Gestión de Riesgos requiere actualizarse, acorde a los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas, versión 6 en cuanto a la incorporación de:
 - o La estructura para redactar la descripción del riesgo de corrupción, fiscal y seguridad de la información. En la socialización del informe, se comunicó que esta acción la realizaron en la vigencia 2024; por tanto, sus resultados serán validados en el informe del primer cuatrimestre de 2024.
 - o El seguimiento cuatrimestral de los riesgos de corrupción, en la actividad 8 - *“Realizar el seguimiento a los controles”*.
- c. En cuanto la trazabilidad de las fases de la Gestión del Riesgo, se evidenció que su mayoría de las actividades se cumplieron del Procedimiento de Gestión de Riesgos, pero se hace necesario atender las siguientes acciones:
 - o La publicación oportuna en el portal institucional, en la Sección de Transparencia, de la Matriz de Monitoreo de Riesgos de Gestión, de Corrupción y de Seguridad de la Información del tercer cuatrimestre de 2023.
 - o La inclusión de los términos: fraude, amenaza, mapa de calor, entre otros, en el numeral 3. Definiciones del Procedimiento de Gestión de Riesgos, a su vez, en el aplicativo ISOLUCION/opción DOCUMENTACION / opción GLOSARIO.
 - o Ajustar el informe generado en el aplicativo ISOLUCIÓN/Módulo de Riesgos /Sección seguimiento de controles, incluyendo los campos “Propósito, Cómo se realiza y “Qué hacer en caso de encontrar un resultado no esperado” acorde a lo indicado en la Guía del DAFP, versión 6 (Página 47).
 - o La incorporación y formalización en el Aplicativo ISOLUCIÓN/ módulo Sistemas los Riesgos de Seguridad de la Información, la identificación de los riesgos inherentes relacionados con la pérdida de confidencialidad y pérdida de integridad.
- c. En lo relacionado con el seguimiento a los riesgos institucionales durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2023, se puede indicar que:

Aunque la Segunda Línea de Defensa (Oficina de Planeación) realizó el monitoreo de los riesgos institucionales del tercer cuatrimestre de 2023, se presentan debilidades en la Primera Línea de Defensa (responsables de los procesos) en cuanto a:

- El registro de los riesgos de la seguridad de la información en la herramienta de ISOLUCION, módulo riesgos/sistemas para los riesgos asociados a la pérdida de confidencialidad y pérdida de integridad.
- El seguimiento de las No Conformidades Potenciales y Reales asociadas a riesgos a fin de evitar el



vencimiento en el cierre de las mismas. Por otra parte, la verificación eficaz en el cumplimiento de las acciones y seguimientos contemplados para el cierre de su eficacia.

- La incorporación de un control en el módulo de riesgos, de tal manera que impida el cierre del riesgo cuando la No Conformidad Potencial o Real asociada se encuentre en estado abierta o vencida.
 - El seguimiento oportuno a los riesgos institucionales en cada una de las etapas del riesgo para que la totalidad de ellas culminen en el estado de “Cierre”.
 - El registro efectivo en las fases de análisis (riesgo inherente) y valoración (riesgo residual) para que realicen en forma adecuada la calificación del nivel del riesgo a fin de evitar que el nivel conserve la misma calificación, cuando el proceso dispone de controles existentes que permiten reducir su probabilidad. A su vez, en la identificación y registro efectivo de las características de los controles que mitigan los riesgos asociados a los procesos institucionales. En la socialización del informe, se comunicó que esta acción la realizaron en la vigencia 2024; por tanto, sus resultados serán validados en el informe del primer cuatrimestre de 2024.
- d. En lo referente a la validación de controles asociados a los riesgos institucionales, para la vigencia 2024 la Oficina de Planeación realizó la incorporación de la herramienta para la identificación de riesgos y definición de controles acorde a la Guía del DAFP, versión 6, a fin de ser aplicada por la primera línea de defensa (responsables de los procesos institucionales).
- e. En lo relacionado con la revisión de los riesgos materializados durante la vigencia de 2023 y las acciones tomadas para su mitigación, se puede indicar que:
- Se evidenció que los tres riesgos materializados no fueron reportados en el aplicativo ISOLUCION, de igual manera, no hay evidencia del registro de las No conformidades Reales, para su mitigación, tal como lo establece el Procedimiento de Gestión de Riesgos, Actividad 7 – Monitorear los Riesgos, Tareas 3 – *“Identificar cuatrimestralmente los posibles Riesgos Materializados..”* y 4 – *“Establecer el tratamiento, como componente del Riesgo Materializado, mediante la formulación de las correcciones y/o acciones correctivas, que permitan eliminar las causas que los originaron y mitigar el impacto.”*
- f. En lo relacionado con el estado del Plan de Mejora de las recomendaciones presentadas en el informe de seguimiento de riesgos del primero y segundo cuatrimestre, se puede evidenciar que:

Aunque no se allegaron planes de mejoramiento, se comprobó la gestión realizada por parte de la Oficina de Planeación en acciones tendientes a socialización y aplicación a los responsables de los procesos en a la identificación de los riesgos de: gestión, fiscales, de corrupción y la valoración de los riesgos y los controles.

7 RECOMENDACIONES

- a. Para la actualización de la Política de Gestión de Riesgo, contemplar la totalidad de la normatividad vigente y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades públicas vigente.
- b. Dar cumplimiento a las observaciones presentadas en el presente informe para mantener un grado eficaz en la gestión del riesgo.



El presente informe fue socializado previamente al Jefe (E) de la Oficina de Planeación.

Atentamente,

NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

	Nombre, apellido y cargo	Firma	Fecha
Proyectó	Henry Cortés Contreras - Profesional Universitario - Oficina de Control Interno		2024-02-23
Revisó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2024-02-23
Aprobó	Néstor Fan León Niño - Jefe Oficina de Control Interno		2024-01-23

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.

Fecha de elaboración: 2024-02-23.