

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA DEL SIG	Código del formato: DG-E-P-027-F-005
		Versión: 01
		Página 1 de 4

ID de la Auditoría:	AI-SIG-06-2025	Fecha de la Auditoría:	Planificación: 2025-07-14 al 2025-07-25 Ejecución: 2025-07-28 al 2025-08-01 Informe: 2025-08-01 al 2025-08-13
----------------------------	----------------	-------------------------------	---

Proceso auditado	GESTION DE LA PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	
Unidad(es) organizacional(es)	Oficina de Planeación y en las Regionales a auditar (Regional Bogotá).	
Objetivo de la auditoría	• Verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables al proceso de las normas del Sistema Integrado de Gestión NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC ISO/IEC 27001:2013 y Decreto 1072 de 2015. • Revisar la eficacia del proceso para asegurar el cumplimiento de su objetivo y aporte a los objetivos estratégicos del INMLCF.	
Alcance de la auditoría	La auditoría aplica para el proceso de Gestión de la Planeación Institucional, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero 2024 y la fecha de la presente auditoría, de acuerdo con los requisitos aplicables al proceso.	
Criterios de la auditoría	1. CRITERIOS INTEGRADOS	
	NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, NTC-ISO/IEC 27001:2013	Decreto 1072 de 2015
	4. Contexto de la organización 5.2 Política 6.1 Acciones para abordar/tratar riesgos y oportunidades 7.3 Toma de conciencia 7.5 Información documentada 8.1 Planeación/ Planificación y control operacional 9.3 Revisión por la dirección 10.2 No conformidad y acción correctiva 10.3 Mejora continua	2.2.4.6.4 SG-SST 2.2.4.6.5 Política SST 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores 2.2.4.6.12. Documentación 2.2.4.5.17 Planificación SG-SST 2.2.4.6.31 Revisión por la alta dirección 2.2.4.6.33. Acciones preventivas y correctivas 2.2.4.6.34 Mejora continua
	2. CRITERIOS ESPECÍFICOS	
	NTC ISO 9001:2015 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos 5.1 Liderazgo y Compromiso 5.1.1 Generalidades 5.1.2 Enfoque al cliente 7.1 Recursos 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA DEL SIG	Código del formato: DG-E-P-027-F-005
		Versión: 01
		Página 2 de 4

	9.1.2 Satisfacción del cliente 9.1.3 Análisis y evaluación NTC ISO 14001:2015 6.1.2. Aspectos ambientales 8.2 Preparación y respuesta ante emergencias NTC ISO/IEC 27001:2013 8.1 Planeación y control operacional
--	---

Equipo Auditor		
Rol	Nombres y Apellidos	Correo electrónico
Auditor líder	Hugo Alonso Pérez Carvajal (HAPC)	hugo.perez@medicinalegal.gov.co
Auditor(es)	Olga Alexandra Cárdenas - OAC	olga.cardenas@medicinalegal.gov.co
acompañante(s)	Andrés Felipe Bermúdez - AFB	andres.bermudez@medicinalegal.gov.co
Experto(s) técnico(s)	No aplica	No aplica
Auditor(es) en formación	No requiere	No requiere

1. Aspectos Favorables
1.1. Actitud receptiva del personal frente a la retroalimentación y las recomendaciones derivadas del seguimiento a la planeación, demostrando apertura al cambio y mejora. 1.2. Los funcionarios conocen claramente su rol dentro del proceso de planeación y seguimiento, lo que facilita la ejecución de las actividades y el cumplimiento de los objetivos establecidos. 1.3. El personal demuestra un manejo adecuado del aplicativo Isolución, al identificar y acceder de manera efectiva a documentos claves del Sistema Integrado de Gestión (SIG). 1.4. El uso de herramientas digitales en línea contribuye significativamente a la gestión del proceso, al permitir la centralización y organización de documentos, facilitar la comunicación interna y fortalecer el control y seguimiento de los resultados mediante el uso de cuadros de control. Estas prácticas impactan positivamente en la productividad, eficiencia y trazabilidad de las actividades del proceso. 1.5. Se evidenció que el personal vinculado al proceso cuenta con las competencias necesarias y demuestra conocimiento técnico y normativo para el desarrollo de sus funciones. 1.6. El personal mostró una actitud abierta, colaborativa y receptiva, con plena disposición para brindar la información solicitada, atender las observaciones y participar activamente en las entrevistas. Esta actitud facilitó el desarrollo de la auditoría y reflejó el compromiso del equipo con la mejora continua. 1.7. Seguimiento y acompañamiento de la jefe de la Oficina de Planeación durante la auditoría; verificación, revisión documental y entrevistas de los diferentes procedimientos, evidenciando un compromiso con la mejora continua.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA DEL SIG	Código del formato: DG-E-P-027-F-005
		Versión: 01
		Página 3 de 4

2. No Conformidades			
No.	Proceso	Requisito	Descripción de la No Conformidad
P: Planear			
2.1	Gestión de la Planeación Institucional	NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, NTC-ISO/IEC 27001:2013. Numerales 4.1 - 4.2 Decreto 1072/2015 2.2.4.6.4 SG-SST.	El proceso de Gestión de la Planeación Institucional no realizó el seguimiento y la revisión de la información sobre el contexto estratégico y partes interesadas externas e internas.
2.2	Gestión de la Planeación Institucional	NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, NTC-ISO/IEC 27001:2013. Numeral 6.1.2 Decreto 1072/2015 2.2.4.6.15. Gestión del Riesgo DG-E-P-022 V8	El proceso de Gestión de la Planeación Institucional no implementó las acciones planeadas para abordar los riesgos, tampoco son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios y su gestión no es acorde con lo establecido en el procedimiento institucional.
H: Hacer			
2.3	Gestión de la Planeación Institucional	NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, NTC-ISO/IEC 27001:2013. Numeral 8.1. Literales a) y e Decreto 1072/2015 2.2.4.5.17	El proceso de Gestión de la Planeación Institucional no cumple con los requisitos para la provisión de productos y servicios; asimismo, no se ha determinado, ni conservado la información documentada en la extensión necesaria para demostrar que el proceso se ha llevado a cabo conforme a lo planificado.
V: Verificar			
2.4	Gestión de la Planeación Institucional	NTC ISO 9001:2015. Numeral 9.1.1. literales b) y d) Numeral 9.1.3. Literal b) Informe de la evaluación de la satisfacción del cliente con código: DG-C-P-002-F027 V10	El proceso de Gestión de la Planeación Institucional no lleva a cabo el análisis, seguimiento, medición y evaluación necesarias para asegurar resultados válidos; asimismo, no se evalúan los datos y la información que surge del seguimiento y medición del grado de satisfacción al cliente.
A: Actuar			
2.5	Gestión de la Planeación Institucional	NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, NTC-ISO/IEC 27001:2013. Numeral 10.2.1, literal d) Decreto 1072/2015 2.2.4.6.33.	El proceso de gestión de la planeación institucional no realiza una evaluación adecuada de la eficacia de la acción correctiva implementada.

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA DEL SIG	Código del formato: DG-E-P-027-F-005
		Versión: 01
		Página 4 de 4

3. Oportunidades de Mejora		
No.	Unidad(es) o proceso(s) auditable(es)	Situación actual
3.1.	Gestión de la Planeación Institucional	Existen documentos con información que requiere ser actualizada o ajustada para alinearse con la normatividad aplicable, los lineamientos institucionales y la reglamentación vigente.
3.2.	Gestión de la Planeación Institucional	La matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales con código DG-A-P-069- F-001-V03, consolidada a nivel central, incluye áreas o servicios que no están relacionados con este proceso.
3.3.	Gestión de la Planeación Institucional	El proceso cuenta con dos indicadores: “% de propuestas de cooperación aprobadas” y “Propuestas de cooperación presentadas”, cuyos resultados y metas se miden de manera idéntica, lo que puede generar redundancia en el seguimiento.
3.4.	Gestión de la Planeación Institucional	Durante la vigencia 2024 y 2025, el proceso no ha llevado a cabo la identificación ni la documentación de posibles riesgos de corrupción. Además, no se dispone de un registro que justifique la ausencia de dicha determinación.
3.5	Gestión de la Planeación Institucional	Existen acciones para el tratamiento de riesgos, tanto en Isolución como en la matriz de monitoreo del mapa de riesgos correspondiente a la vigencia 2025, que están asignadas a servidores públicos que dejaron de estar vinculados al Instituto desde el 2024.

4. Firmas	
Auditor Líder	V.º B.º. Administrador de las auditorías del SIG
 Ing. HUGO ALONSO PEREZ CARVAJAL Profesional Especializado	 Dra. ANGÉLICA MARIA CHICA BADEL Profesional Especializado Forense