



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 1 de 7

ID DE LA AUDITORIA: AI-06-2021	PROCESO A AUDITAR: GESTIÓN ADMINISTRATIVA	UNIDAD ORGANIZACIONAL: Grupo Nacional de Gestión Administrativa (Sede Central); Grupo Administrativo (Regional Norte Barranquilla-Muestra); Grupo Administrativo (Regional Nororiente Bucaramanga-Muestra); Grupo Nacional de Gestión Documental; Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios; Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados.	FECHA DE AUDITORIA: Planeación: 2021-07-19 a 2021-07-30; Ejecución: 2021-08-02 a 2021-08-24 Informe: 2021-08-25 a 2021-09-07
--	--	---	---

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

- Verificar que las actividades desarrolladas en las unidades auditables que hacen parte del Proceso de Gestión Administrativa y el Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados, cumplan con los criterios de la auditoría.
- Verificar la capacidad para determinar riesgos, oportunidades y la implementación de acciones y controles para abordarlos.
- Verificar cumplimiento de los objetivos relacionados con su proceso.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

En el periodo comprendido entre el último trimestre de 2020, hasta la fecha de la auditoría. Para los documentos definidos en la columna denominada "CRITERIOS" y para las ubicaciones definidas en la columna denominada "UNIDAD ORGANIZACIONAL".

CRITERIOS DE AUDITORIA:

NTC-ISO 9001:2015, numerales del 4 al 10: MECI - MIPG 7a Dimensión: DOCUMENTOS DEL SIG ASOCIADOS DG-A-P-012 Gestión Documental; DG-A-P-019 Gestión y Control de los Elementos en Bodega; DG-A-P-026 Manejo de Correspondencia; DG-A-P-010 Servicios de Mantenimiento; DG-A-P-108 Gestión de Servicios Técnicos Especializados (concepto técnico, mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo, asesoría técnica, instalación de equipo de alta tecnología, extracción de camuflado, diseño y construcción de partes, asesoría en temas eléctricos y/o mecánicos); **NORMATIVIDAD EXTERNA RELACIONADA** Ley 594 del 2000, Ley 734 de 2002, Acuerdo 027 de 2016; Decreto 403 de 2020 art 151: **NORMATIVIDAD INTERNA RELACIONADA**

AUDITOR LÍDER: NOMBRE Helver Anthony Ocampo Ortiz	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) NOMBRE(S) Tania Perdomo Morales y María Liliana Rodríguez Fontecha	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) NOMBRE(S) NO APLICA	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NOMBRE(S) NO APLICA
--	--	--	--

A continuación, se presenta un resumen de las fortalezas, las no conformidades y evidencias de la Auditoría al Proceso de Gestión Administrativa, así como la conclusión registrada en el informe original para la vigencia 2021, en dicha información reportada, se involucró a los Grupos Nacionales de: Gestión Administrativa, Gestión Documental, Gestión de Bienes e Inventarios y Gestión de Servicios Técnicos Especializados.

**ASPECTOS FAVORABLES****Durante la evaluación al Proceso de Gestión Administrativa se presentó lo siguiente:**

- Proactividad de los responsables de los procesos en la etapa de ejecución de la auditoría.
- El control y administración y el conocimiento pleno que tiene el Director Regional Nororiente-B/manga sobre el servicio y lo administrativo, se observa en el informe de gestión presentado y entregado a la Alta Dirección describe los recursos, la situación geográfica y el estado de los bienes muebles e inmuebles y el servicio en sí.
- Plan de trabajo archivístico de la Regional Norte, proyectado por el Grupo Nacional de Gestión Documental durante la visita realizada a la sede Regional, a las unidades organizacionales revisadas durante la actividad.
- Informes de vista a sedes de la coordinación de la Regional Norte, con el fin de mirar aspectos estratégicos, de apoyo y de evaluación y control.
- Codificación de la estantería y entrepaño, listado de ubicación de los productos en las estanterías y entrepaños y regletas instaladas en las estanterías para fijar los códigos de los productos, realizado por el Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios.
- La Capacitación de gestión documental y el material entregado a la Dirección Regional, para réplica o difusión en esta, con el fin de afianzar conceptos y fortalecer habilidades como una iniciativa estratégica del proceso.

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS**NO CONFORMIDAD No. 1 INFRAESTRUCTURA**

Descripción:	No se proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación y el logro de la conformidad de los servicios.
Requisito aplicable:	NTC ISO 9001:2015 numerales 7.1.1 a) y 7.1.3; Componentes 1 y 2 Ambiente de Control y Evaluación del Riesgo /a Dimensión de MIPG.
Evidencia objetiva:	• Los Comodatos de Valledupar y Ocaña a la fecha de la auditoría, se encontraron vencidos; la Unidad Móvil de ARAUCA, se tiene prestada a Bogotá y está pendiente legalizar su traslado, pendiente acta de préstamo. • Pendiente de suscribir comodatos: Hospital Nuestra Señora del Carmen de Bolívar, Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha la Guajira; Hospital San Agustín de Fonseca la Guajira, Hospital de San Cristóbal de Ciénaga Magdalena, Municipio de Plato Magdalena, Hospital Local Santiago de Tolú, Municipio de Baranoa, que actualmente se encuentran vencidos; La Regional Norte no ha recuperado el área que se dio en comodato a la Fiscalía, “Centro de Atención a Víctimas CAV”. • La infraestructura disponible para el funcionamiento del Almacén de la Regional Norte, no garantiza el almacenamiento, cuidado y custodia de los bienes bajo su responsabilidad. El área donde funciona el archivo central de la Regional Norte, no cuenta con el espacio suficiente para la conservación, consulta y custodia de los documentos. • Uso inadecuado de las áreas comunes en la Escuela Santa Inés, con bienes y



elementos sin determinar su disposición final.

- Unidades móviles prestadas por las Direcciones Regionales a la sede central, se encuentran pendientes de: Ser legalizado su traslado a Bogotá; Realizar el mantenimiento respectivo y su distribución nuevamente a las sedes.
- Revisadas las áreas de trabajo destinadas para el GNGSTE, no se cuenta con la infraestructura necesaria de espacios amplios para la operación.

NO CONFORMIDAD No. 2 COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA**Descripción:**

No se garantiza una efectiva comunicación interna y externa relacionada con el manejo oportuno de información solicitada para la auditoría, que esté disponible, sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.

Requisito aplicable:

NTC ISO 9001:2015 NUMERAL 7.4 a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica; Componente 4 Información y Comunicación dimensión 7 de MIPG; artículo 151 del Decreto 403 de 2020.

Evidencia objetiva:

- No se allegó formato de compromiso de envío de información para la auditoría, por parte de la Subdirección de Servicios Forenses, se reitera la solicitud con otro correo de fecha 27 de agosto y el formato de compromiso no fue enviado.
- Entrega de la información solicitada para la auditoría de manera extemporánea en la etapa de ejecución, por parte de la Dirección y la Coordinadora Administrativa y Financiera de la Regional Norte. Adicionalmente, la conectividad en todas las entrevistas no fue oportuna, se presentó de manera intermitente y tuvo muchos inconvenientes en cuanto a sonido e imagen en las entrevistas a pesar que estaban programadas siempre para una hora y día igual en la semana, su conectividad no superó los 20 minutos de manera continua.
- Creación de carpetas adicionales en Google Drive para el registro de la información, ya sea por información comprimida que no se pudo consultar o por información que no fue enviada a tiempo.
- De acuerdo a la programación establecida para revisar la operación al GNGSTE los días 17 y 18 de agosto, el día 17 el coordinador no estaba en la sede para atender la entrevista y debimos esperar su llegada y el día 18, no se pudo realizar entrevista según el coordinador por una comisión que tenía a Medellín.
- Pendiente Informe sobre el estado actual de las Unidades Móviles, en entrevista realizada a los auditados del GNGSTE, están a la espera de que las unidades móviles estén aptas (limpias) para ser revisadas y establecer el estado actual de las mismas.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA**

Página 4 de 7

NO CONFORMIDAD No. 3

Descripción:	La información documentada no está siendo revisada, actualizada y registrada de manera oportuna para que esté disponible y sea idónea para su uso.
Requisito aplicable:	NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5.2; Componente 4 Información y Comunicación dimensión 7 de MIPG; DG-E-P-023-AX-001: Procedimiento de Control de Documentos DG-E-P-001; Circular No. 0018-2010-DG.
Evidencia objetiva:	1. Documentos pendientes de actualización: • CARACTERIZACIÓN; Gestión Administrativa DG-A-CARACT-021-V06. • Procedimiento SERVICIOS DE MANTENIMIENTO - DG-A-P-010 V06. • Procedimiento MANEJO DE CORRESPONDENCIA código DG-A-P-026 V03. • Procedimiento GESTIÓN DOCUMENTAL código DG-A-P-012. • Procedimiento GESTIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS código DG-A-P-108-v01. • Política Gestión Documental: la Resolución No.000804 del 05 de octubre de 2017. • La Resolución No.000638 de junio 26 de 2009, por el cual se reglamenta el procedimiento de baja de bienes muebles de la entidad y materias primas consumibles. • Resolución No.000009 de 11 de enero del 2001. 2. En cuanto a registros: • Se realizan modificaciones del formato - Acta de entrega (ítems 2 y 4), se agregan filas, se suprime al final del formato "Nombre y Firma" de Quien entrega y Quien recibe • Se realiza registro de normatividad desactualizada y registros inadecuados en las actas de entrega • No se están diligenciando todos los registros solicitados en las actas (el cargo pero no el grado, fecha de separación del cargo).

NO CONFORMIDAD No. 4

Descripción:	No se evidencia la eficacia de la implementación y control de las actividades operativas para el cumplimiento de los requisitos de la provisión del servicio.
Requisito aplicable:	NTC ISO 9001:2015 NUMERAL 8.5.1; Componente 3 y 4 Actividades de Control e Información y Comunicación de la Dimensión 7 de MIPG; Procedimiento de Mantenimiento DG-A-P-010-V6; Procedimiento Gestión Documental DG-A-P-012; Procedimiento Manejo de Correspondencia DG-A-P-026; Procedimiento Gestión y Control de los elementos en Bodega DG-A-P-019; Resolución 365 del 2021 Reglamento de uso de Parque automotor del Instituto; Resolución No. 000335 de 2000; numerales 4 y 5 del artículo 4 de la Resolución No. 000367 de 2016.

Evidencia objetiva:

- Hallazgos (evidencias) relacionados con el manejo, disposición y control del parque automotor.
- No se cuenta con Tablas de Valoración Documental (TVD), para organizar el Fondo Documental Acumulado del Instituto.
- Las Tablas de Retención Documental, no garantizan el cumplimiento de Ley sobre el reflejo de la estructura orgánica actual del INMLCF, en lo relacionado con la conformación de series y subseries con sus respectivos tipos documentales, incluyendo la implementación de un sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo.
- No se allegó por parte de Regionales (muestra de la auditoría), un cronograma de transferencias documentales realizadas, ni actas de reunión de visitas previas a la transferencia para verificar el cumplimiento de los procesos técnicos y archivísticos y sugerir ajustes tareas 2.1 y 2.3 del procedimiento de Gestión Documental.
- No se está realizando la devolución de los documentos prestados de acuerdo al tiempo establecido (10 días hábiles), según lo establecido en la Resolución 000989 del 11 de octubre de 2018, artículo 29, parágrafo 2 y el procedimiento Gestión Documental en lo relacionado a la tarea 3.4 de la Nota 2. (Sede Central- GNGD y Regional Norte).
- El GNGBI no ha realizado la Transferencia Documental de la serie BAJA DE INSERVIBLES de la vigencia 2006 hasta 2015 al Archivo Central (Archivo de Gestión 5) y la eliminación de las series COMPROBANTES DE ALMACÉN, INVENTARIOS y DEVOLUTIVOS POR UNIDAD PRODUCTORA (Archivo de Gestión 5), de igual manera está pendiente la actualización de la Tabla de Retención Documental por contener la serie SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (Archivo de Gestión 3 años).
- En la Regional Nororiente, en toma física realizada al Almacén, se observaron unas cajas que contenían AIRES ACONDICIONADOS desde el año 2020 pendientes de entregar e instalar en el área correspondiente. Inobservando el principio de planeación en la compra de los bienes.
- En Regional Nororiente, se encontraron elementos faltantes así: COMPUTADORES (19), CAMARA FOTOGRAFICA (1), CPU (1), DVD (1), IMPRESORA (1), MONITOR (1), SCANNER (2), UPS (1), se informa que se ha solicitado a sistemas para el ajuste del comprobante registrado ya que estos elementos se dieron de baja y por error están en el sistema. Igualmente faltan la Cinta impresora LX 300 (1.200 unidades) registradas en el SIAF erróneamente.
- Se evidenciaron elementos vencidos, evidenciándose debilidades en la rotación de los productos, para los cierres mensuales de los meses de diciembre 2020 y enero 2021, así mismo se evidenciaron productos de la marca SIGMA, sin fecha de vencimiento para el control de su uso.
- En el GNGBI-SAF, se pudo observar que existen exfuncionarios que tienen a su cargo bienes devolutivos, no se han realizado los respectivos traslados de los bienes devolutivos.

NO CONFORMIDAD No. 5

Descripción:	Para el tratamiento de las no conformidades reales y potenciales y las oportunidades de mejora, no se está dando cumplimiento al procedimiento establecido institucionalmente para ello.
Requisito aplicable:	NTC ISO 9001:2015 NUMERAL 10; Procedimiento de Gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y acciones de mejora. DG-C-P-14-V12; Actividad 3; MIPG - 7ª DIMENSIÓN – Componentes Actividades de Control y Actividades de Monitoreo.
Evidencia objetiva:	• No Conformidad real 2169 Abierta: no se le ha realizado seguimiento a la actividad de fecha 30-abril-2021. • No Conformidad real 2154 Vencida: No se realizaron seguimientos a las actividades propuestas • No Conformidades 470, 859: no registran fecha de cierre proyectada y se cerraron tiempo después de la última actividad programada. • Oportunidad de Mejora 319 vencida: Se establecieron las actividades a desarrollar (Charlas) y realizaron los seguimientos, pero faltó cerrarla. • No Conformidad real 883 cerrada: no fue eficaz debido a que a la fecha se sigue presentando debilidades en la infraestructura del almacén. • No conformidad real 1827 cerrada: No fue eficaz por que la Regional no asegura la infraestructura necesaria para el adecuado desarrollo de los procesos • Oportunidad de Mejora 460 -cerrada: no fue eficaz • No Conformidad 560 cerrada: bienes para dar de baja escuelita Santa Inés; no registra fecha de cierre proyectada • No conformidad real 2241 Vencida: préstamo de documentos, a la fecha de cierre de la auditoría, se estableció que cumplida la fecha de cierre proyectada para la fecha 30 agos-2021, se dejaba la no conformidad en esta auditoría. • Oportunidad de Mejora No. 632 vencida: no se realizó la actualización de la Resolución No. 000638 de 2009, dejándose vencer el terminó para su ejecución. • No Conformidad real 561 cerrada: no fue eficaz debido a que a la fecha se sigue presentando debilidades en la infraestructura del Grupo Nacional de Servicios Técnico

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se definieron para esta auditoría oportunidades de mejora en temas como:

1. Contexto Estratégico y partes interesadas.
2. Riesgos y controles.
3. Revisar el riesgo operativo “Pérdida y/o deterioro de documentos sensibles de consulta periódica en el archivo”, para que sea incluido en el mapa institucional de riesgos.
4. Seguimiento a casos bienes o elementos de responsabilidad en proceso (Oficio No. 23-GNGBI-2021 de fecha 2021-06-18)
5. Evaluar la viabilidad de identificar indicadores para medir la rotación de inventarios.
6. Revisar la posibilidad para disminuir el pago de impuesto de vehículos clasificados como uso particular.

**CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA**

1. Se verificaron las actividades desarrolladas por las unidades auditables que hacen parte del Procesos Gestión Administrativa, mediante técnicas de auditoría, tales como: revisión documental y entrevistas efectuadas. De acuerdo con los resultados obtenidos en el informe, se puede concluir que se están cumpliendo de acuerdo a los documentos registrados en el SIG.
2. Por otra parte, existen algunas debilidades en el seguimiento y eficacia de las acciones implementadas para las no conformidades y oportunidades de mejora, debido a que se evidenció que algunas de ellas no han sido eficaces y vuelven a ser reiterativas; adicionalmente, no se pudo evidenciar el registro de la valoración de los controles, la actualización de información documentada como la caracterización del proceso auditado, algunos procedimientos, resoluciones y la Política de Gestión documental. Además, el Instituto se encuentra en una etapa de diagnóstico y elaboración de un plan de trabajo para la actualización de las tablas de retención documental y la elaboración de las tablas de valoración documental.

Verificado el cumplimiento de los objetivos institucionales, se debe dar tratamiento a las acciones de manera transversal, aunque la muestra haya sido dos regionales, se deben establecer acciones transversales relacionadas con infraestructura (revisión de todos los comodatos que tiene el Instituto y la revisión de espacios adecuadas para operación, mantenimiento y puesta en uso de las unidades móviles), actualización de las tablas de retención documental y creación de tablas de valoración documental (para las respectivas transferencias documentales, eliminación y manejo de fondos acumulados a nivel nacional), con relación al préstamo de documentos, se debe dar trámite a una “NUEVA” no conformidad, porque la que estaba para ser cumplida el 30 de agosto no fue eficaz, debido al incumplimiento y la falta de control que se está dando actualmente en lo relacionado al préstamo de documentos, finalmente, actualizar la información documentada y mejorar control y seguimiento a los registros.

Con ocasión de la emergencia sanitaria COVID-19 en todo territorio nacional, esta auditoría aplicó el documento internacional IAF-MD4:2018, incluido protocolo de los roles para la realización de auditorías remotas en el INMLYCF tal como lo establece el Memorando No. 052-DG-2020 (21 de mayo).

La comunicación en su gran mayoría fue óptima (exceptuando la comunicación con la Regional Norte, que no contó con los elementos como cámara o internet eficientes que permitieran la comunicación de forma continua) y lo demás los dispositivos utilizados no tuvieron ningún contratiempo.

Se deja la salvedad que alguna información solicitada no fue enviada y/o o entregada inoportunamente, situación que conllevó a la revisión de la documentación en la etapa de ejecución y la modificación del cronograma inicialmente establecido en el Plan de Auditoría, a su vez, no fue posible realizar visita presencial a la sede de Veraguas donde se encuentra información documental relacionada con fondos acumulados.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)**FECHA DE ELABORACIÓN****AAAA-MM-DD****HELVER ANTONY OCAMPO ORTIZ****2020-10-02**