

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

Página 1 de 4

ID DE LA AUDITORIA: AI-07-2021	PROCESO A AUDITAR: GESTION DE LA PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	UNIDAD ORGANIZACIONAL: Oficina de Planeación (Sede Central)	FECHA DE AUDITORIA: Planeación: 2021-08-02 a 2021-08-06 Ejecución: 2021-08-09 a 2021-08-24 Informe: 2021-08-25 a 2021-09-07
OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA: 1. Verificar el cumplimiento normativo en la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de los planes operativos, para el logro de los objetivos estratégicos en el Proceso de la Planeación Institucional. 2. Evaluar la gestión del proceso en el cumplimiento de los objetivos institucionales. 3. Evaluar la efectividad de los controles existentes del proceso auditado. 4. Evaluar la gestión de los riesgos y la implementación acciones para reducirlos.			
ALCANCE DE LA AUDITORIA: En el período comprendido entre el último trimestre de 2020, hasta la fecha de la auditoría. Para los documentos definidos en la columna denominada CRITERIOS <i>Para las ubicaciones definidas en la columna denominada UNIDAD ORGANIZACIONAL.</i>			
CRITERIOS DE AUDITORIA: NORMA NTC/ISO 9001:2015 MECI – MIPG 7ª Dimensión NORMATIVIDAD EXTERNA RELACIONADA Ley 1955 de 2019 – Plan de Desarrollo Ley 1474 de 2011 – artículo 74 Ley 938 de 2004, artículo 40, numeral 6 Ley 152 de 1994 – “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo” Decreto 612 de 2018 – “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos” Decreto 979 de 2017 – Plan Decenal de Justicia Decreto 1083 de 2015 NORMATIVIDAD INTERNA RELACIONADA Acuerdo 08 de 2012 artículo 7 Plan Estratégico 2019-2022 del Instituto PETIC			
AUDITOR LÍDER: HENRY CORTÉS CONTRERAS	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) ROBERTO PABÓN CASTRO	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) NO APLICA	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NO APLICA



A continuación, se presentan las no conformidades y un resumen de los aspectos favorables y evidencias de la Auditoría al Proceso de Gestión de la Planeación Institucional, así como la conclusión registrada en el informe original.

ASPECTOS FAVORABLES

Durante la evaluación al Proceso de Gestión de Planeación Institucional se presentó lo siguiente:

1. Proactividad de los auditados durante la etapa de ejecución de la auditoría.
2. Se evidenció un alto nivel de compromiso y dedicación de los funcionarios de la Oficina, para el manejo y mantenimiento de los requisitos de la Norma NTC/ISO 9001:2015.

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

Descripción:	La Oficina de Planeación no asegura el cumplimiento de los requisitos para la información documentada.
Requisito aplicable:	1. Numeral 7.5.2 y 7.5.3 de la Norma NTC-ISO 9001:2015. 2. MIPG - 7ª DIMENSIÓN – Componente Actividades de Control. 3. DG-E-P-001 Procedimiento de Control de Documentos – Actividades 7.4.1 y 7.4.2 4. DG-E-P-002 Procedimiento de Control de Registros – Actividad 7.4.1
Evidencia objetiva:	La información registrada en los informes institucionales presenta inconsistencias en su contenido, que puede conllevar a una interpretación errónea y, por ende, a una toma de decisiones no asertiva, tales como: a. En el informe anual de planeación estratégica b. En el informe de Proyectos de Inversión del Segundo Trimestre del 2021 c. En los reportes de los Planes operativos adicionales d. En el Procedimiento de Planeación Estratégica (Código DG-E-P-019-V8 e. En el anexo que soporta los indicadores del segundo trimestre del avance físico, financiero y de gestión de proyectos de 2021 f. En la fórmula del indicador de avance Financiero de los proyectos de inversión, que aparece en la ficha registrada en el aplicativo ISOLUCION no es está acorde con la utilizada por el responsable de su medición g. En el registro del indicador de avance de gestión de proyectos de inversión del tercer trimestre de 2020, primer trimestre 2021 y segundo trimestre de 2021.

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	La Oficina no asegura la completa utilización del módulo diseñado para la Planeación Estratégica del aplicativo Isolución adquirido por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito aplicable:	1. Numeral 7.1.3 b) de la NORMA NTC/ISO 9001:2015

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA	Página 3 de 4	

	2. MIPG - 7ª DIMENSIÓN – Componente Actividades de Control.
Evidencia objetiva:	El Instituto, adquirió una solución integral de Plataforma tecnológica de Hardware y software que permitiría la administración de un Sistema de Gestión de la Calidad, bajo la tecnología web, herramienta que contiene (14) módulos, contribuyendo a una eficaz y eficiente manejo de los procesos, con el fin de dar cumplimiento a las normas técnicas de Gestión de la calidad implementadas. En las entrevistas efectuadas a los auditados, fueron solicitados a ruego los soportes, los cuales no fueron suministradas; por lo tanto, se evidenció que el módulo de Planeación Estratégica no ha sido utilizado de manera íntegra para la Planeación Estratégica 2019-2022, y a la fecha el mencionado módulo no está visible de manera pública para los usuarios en la plataforma de Isolución.

NO CONFORMIDAD No. 3	
Descripción:	La Oficina no asegura la gestión eficaz de las acciones como lo establece el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
Requisito aplicable:	1. Numeral 10.2 de la Norma NTC-ISO 9001:2015. 2. Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora, Código DG-E-P-023 V7 –Numeral 7.4.4 3. MIPG - 7ª Dimensión – Componentes Monitoreo y Supervisión.
Evidencia objetiva:	Se revisaron las acciones encontrando lo siguiente: • <u>No Conformidad Real 2119</u>: Se encuentra vencida, con fecha de registro 2020-12-22, y fecha de cierre proyectada:2021-07-31 sin evidenciar registro de seguimiento, ni medición de eficacia. • <u>No Conformidades potenciales 871, 894, 895</u>: contienen igual descripción sobre la inoportunidad en la ejecución de los recursos de los proyectos de inversión, con registros diferentes en su contenido, manejo y causa raíz. • <u>No Conformidades potenciales 888, 889, 890, 874</u>: contienen igual descripción sobre incumplimiento del Plan Estratégico, con registros diferentes en su contenido, manejo y causa raíz. Los seguimientos a las acciones derivadas de riesgos, su manejo y frecuencia son diferentes a los seguimientos derivados de otras acciones, cuando la fecha es mayor a tres meses para su implementación. .

OPORTUNIDADES DE MEJORA	
1. Estudiar la posibilidad de reconsiderar la actualización del formato del “Contexto Estratégico Institucional” para que sea realizado anualmente, teniendo en cuenta que: a. Los factores internos y externos en una organización están en permanente cambio y ellos pueden afectar el cumplimiento de la consecución de los Objetivos Institucionales.	



- b. Los informes institucionales (Informe de la Revisión por la Alta Dirección, Informe de riesgos institucionales, Informe de Gestión Institucional, Informe de Satisfacción al cliente, entre otros) y de Ley (FURAG, Pormenorizado del Sistema de Control Interno, Sistema de Control Contable, entre otros) se elaboran para períodos anuales, los cuales recopilan el diagnóstico de lo sucedido en la vigencia.
2. Estudiar la posibilidad de diseñar nuevos controles con el fin de realizar y registrar el(los) seguimiento(s) de la(s) acción(es), en forma periódica, específicamente para las acciones con fecha mayor a tres meses de su implementación con el propósito de evitar vencimientos y/o recurrencias.
3. Estudiar la posibilidad de realizar la suscripción de la totalidad de informes elaborados por la oficina, con el fin de identificar y asegurar la identidad del remitente como prueba de verificación y aprobación del documento.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Se está dando cumplimiento por parte de la Oficina de Planeación a la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de los Planes Operativos.
- Se viene desarrollando la Planeación Estratégica del periodo 2019-2022; al corte de los dos años transcurridos con un valor porcentual de cumplimiento de un 46,22% del 50% programado, dándose cumplimiento a los actuales objetivos institucionales.
- Validado los controles existentes del proceso de Planeación Institucional como de los riesgos asociados, se requiere fortalecer los controles relacionados con el cumplimiento del tratamiento dado a las No Conformidades.
- Se encontraron debilidades relacionadas con la actualización de información documentada, registros y manejo de acciones, en el presente ejercicio de auditoría.
- 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).
- Se realizó parte de la etapa de ejecución en forma remota, utilizando las herramientas autorizadas por el GNTID para efectuar las entrevistas y grabaciones y mediante revisión documental aplicando el protocolo de roles para la realización de Auditorías Remotas en el INMLCF, se enviaron las invitaciones a todos los participantes de la auditoría de acuerdo a las direcciones de correo institucional (dichos invitados fueron previamente concertados con el líder del proceso), se definió claramente el tiempo de inicio y finalización de la cada actividad de conexión remota, aplicando 100% la herramienta de Google Meet, autorizada por Instituto; la comunicación fue óptima y los dispositivos utilizados no tuvieron ningún contratiempo.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)**FECHA DE ELABORACIÓN****HENRY CORTÉS CONTRERAS****2021-09-07**