



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 1 de 8

ID DE LA AUDITORIA:	PROCESO PARA AUDITAR:	UNIDAD ORGANIZACIONAL:	FECHA DE AUDITORIA:
AI-10-2021	ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	OFICINA DE PLANEACIÓN (Sede Central).	Planeación: 2021-09-01 a 2021-09-14 Ejecución: 2021-09-15 a 2021-09-28 Informe: 2021-09-29 a 2021-10-12

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

1. Verificar el cumplimiento normativo del sistema integrado de gestión en su conveniencia, adecuación y eficacia, de manera general en las actividades de monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones implementadas, para el logro de los objetivos institucionales, la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y partes interesadas
2. Verificar la capacidad para determinar riesgos, oportunidades y la implementación de acciones y controles para abordarlos.
3. 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, para las ubicaciones definidas en la columna denominada UNIDAD ORGANIZACIONAL.

CRITERIOS DE AUDITORIA: **NTC-ISO 9001:2015 todos sus numerales; MECI - MIPG 7a Dimensión**

DOCUMENTOS DEL SIG ASOCIADOS: DG-E-CARACT-038 - Administración del SIG; DG-Manual-001: Manual del SIG; DG-E-P-022: Gestión del Riesgo; DG-E-P-025: Planificación de los Cambios del SIG; DG-E-P-003: Revisión del SIG por la Alta Dirección

NORMATIVIDAD INTERNA RELACIONADA: Resolución 0000858 de 2019 -Política de Gestión del Riesgos; Resolución 000403 de 2020, por la cual se ajusta y actualiza la composición del SIG; Resolución 000261 de 2018, por el cual se reestructura el CICC

Demás normas vigentes que apliquen al proceso a auditar

AUDITOR LÍDER:	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S)	EXPERTO(S) TÉCNICO(S)	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN
Helver Anthony Ocampo Ortiz	Andrés Roberto Pabón Castro	No Aplica	No Aplica

ASPECTOS FAVORABLES

Durante la evaluación al Proceso de Administración del SIG se presentó lo siguiente:

1. Proactividad de los auditados en la etapa de ejecución de la auditoría.
2. Se evidenció compromiso y dedicación de los funcionarios de la Oficina, para el manejo y mantenimiento de los requisitos de la Norma NTC/ISO 9001:2015.
3. Se evidencio un buen trabajo en el Anexo del Informe de la Revisión del Sistema Integrado de Gestión por la Alta Dirección, en lo correspondiente a la consolidación de las No Conformidades provenientes de Auditorías Internas.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 2 de 8

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

NO CONFORMIDAD No. 1. ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Descripción:	No se realizan seguimientos oportunos que permitan una gestión eficaz a las no conformidades y la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que ayuden a evitar el vencimiento de los términos para el cierre de las no conformidades, evaluar la eficacia y lograr la mejora continua en los procesos para la conveniencia y adecuación del SIG.
Requisito aplicable:	Norma NTC ISO 9001:2015 NUMERAL 10 Mejora; Actividad No. 3 del Procedimiento de Gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y acciones de mejora código DG-C-P-14-V12; MIPG - 7ª DIMENSIÓN – Componentes Actividades de Control y Actividades de Monitoreo.
Evidencia objetiva:	1. Se encuentran no conformidades cerradas, después de la fecha de cierre proyecta: No Conformidad Real 1540 cerrada-vencida: fecha de cierre proyectada 31dic 2019, fecha de cierre de la no conformidad 2020-09-29, cerrada 9 meses después. Adicionalmente para las acciones, se establecieron actividades para (2020-02-28), las cuales están por fuera de la fecha de cierre proyectada (2019-12-31) y algunos de sus seguimientos 7 meses después (2020-09-29) de la fecha de compromiso (2020-02-28) de la actividad programada. No Conformidad Real 2077 cerrada-vencida: fecha de cierre proyectada 2020-12-30, fecha de cierre de la no conformidad 2021-02-24, cerrada 2 meses después, adicionalmente su último seguimiento fue el 1 de febrero de 2021 y la no conformidad fue cerrada 23 días después. No Conformidad Real 2079 cerrada-vencida: fecha de cierre proyectada 2020-12-31, fecha de cierre de la no conformidad 2021-02-01 (cerrada 1 mes después). Adicionalmente todos los seguimientos a las acciones y a la corrección se registraron el mismo día 1 de febrero de 2021 y sus actividades, así como su corrección fueron programadas el 31 dic de 2020. No conformidad Real 2119 cerrada-vencida: fecha de cierre proyectada 2021-07-31, fecha de cierre de la no conformidad 2021-09-21 (cerrada 52 días después), se programaron 2 actividades con fecha de compromiso 2021-03-31, se realizan los seguimientos el 2021-08-19, y un mes despues de este ultimo seguimiento se realiza la evaluación de la eficacia y se cierra la No conformidad el 21 sep. 2021. 2. Se encuentra no conformidades reales que no se les realizó evaluación de eficacia y no fueron cerradas, quedando las acciones vencidas. No conformidad Real 2115 vencida: fecha de cierre proyectada 2021-05-30, para las acciones se establecen tres (3) actividades con fecha de compromiso 2021-05-30, de las cuales solamente la primera tiene un seguimiento a 31 de

- agosto de 2021, sin evaluación de su eficacia, las demás actividades no tienen seguimientos y no ha sido cerrada la no conformidad.
- **No Conformidad Real 2364 vencida:** fecha de cierre proyectada 2021-08-31, para la fecha de la revisión de la no conformidad (2021-09-26), no se había registrado en el aplicativo Isolución alguna acción y/o seguimiento.
 - **No conformidad Real 2321 vencida:** fecha de cierre proyectada 2021-09-30, para la corrección se establecen dos (2) actividades con fecha de compromiso 2021-07-30, se realizan los seguimientos a estas acciones uno y dos meses después así: 2021-08-12 y 2021-09-01, se programa una acción con una única actividad con fecha 2021-09-01, no se le realiza seguimiento y a la fecha no se le ha realizado evaluación de la eficacia y no se ha cerrado la no conformidad.
3. Se encuentra no conformidad que está abierta y no se le ha realizado los seguimientos correspondientes según lo establecidos en el procedimiento.
- **No Conformidad Real 2174 abierta:** fecha de cierre proyectada 2021-09-30, se programó una única actividad para el día del cierre, la cual no tuvo seguimiento. Tal como lo establece el procedimiento de gestión de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora, actividad 3, tarea 2, nota 1, se debió haber programado dos seguimientos para esta no conformidad.
4. Se encuentra oportunidades de mejora vencidas.
- **Oportunidad de Mejora 545 abierta-vencida:** Descripción de la situación actual “No se ha implementado el aplicativo SIGA”, fecha de máxima de implementación 2020-12-18, último seguimiento realizado 2021-06-22, a la fecha no ha sido cerrada.
 - **Oportunidad de Mejora 559 abierta-vencida:** Descripción de la situación actual “los roles y responsabilidades de los facilitadores tic se encuentran en varios documentos”, fecha de máxima de implementación 2020-12-18, último seguimiento realizado 2021-09-17, a la fecha no ha sido cerrada.
 - **Oportunidad de Mejora 514 abierta-vencida:** Descripción de la situación actual “La revisión de informes periciales de clínica, se están realizando por fuera de SICLICO”, fecha de máxima de implementación 2020-12-31, último seguimiento realizado 2020-12-29, a la fecha no ha sido cerrada.
 - **Oportunidad de Mejora 512 abierta-vencida:** Descripción de la situación actual “Las autoridades y clientes internos no conocen todas las nuevas drogas de abuso y tóxicos que se han detectado”, fecha de máxima de implementación 2020-12-31, último seguimiento realizado 2021-03-24, a la fecha no ha sido cerrada.
5. Se encuentra oportunidades de mejora para implementar en la vigencia 2021 que no han sido registradas y ya fueron aprobadas por la Alta de Dirección, y se recuerda su implementación según acta de reunión de fechas 2021-03-23 y 2021-04 y memorando No. 012-OPL-DG-2021 de fecha 2021-04-26, las cuales son:



- Evaluar la viabilidad de realizar en conjunto con los Grupos de Patología, Información de Personas Fallecidas y Desaparecidas y Cadáveres en condición de No Identificados y el Grupo Nacional de Tecnologías de la Información y de Desarrollo, la elaboración del procedimiento para la “Identificación de los ciudadanos extranjeros”.
 - Realizar la revisión de las estadísticas generadas por el aplicativo PQRS, ya que se detectó que cada vez que una manifestación es delegada a otra dependencia, se duplica o triplica el requerimiento dependiendo de las áreas a delegar, lo que no genera datos confiables.
 - Garantizar la continuidad del monitoreo del personal con exposición a radiaciones ionizantes, los cuales son interrumpidos por temas administrativos relacionados con la contratación del servicio, incumpliendo la normatividad relacionada con riesgo físico y posibles impactos en la salud.
 - Realizar las inspecciones con profesionales especializados en riesgo químico.
 - Establecer acciones a nivel nacional a las causas identificadas de manera transversal por la Subdirección de Servicios Forenses, algunos Directores Regionales, Coordinadores Nacionales, peritos del servicio, facilitadores SIG y el doctor Miguel Arturo Velásquez, respecto a los resultados de las mediciones de los indicadores del servicio pericial.
6. Se encuentra oportunidades de mejora para implementar en la vigencia 2019 aprobadas que no han sido registradas y ya fueron aprobadas por la Alta de Dirección, y se recuerda su implementación según memorando No. 012-OPL-DG-2021 de fecha 2021-04-26, las cuales son:
- Reubicar a los funcionarios y la Implementación de la tecnología NGS/MPS Illumina en el laboratorio de Genética de la Regional Bogotá para asegurar el cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión en el proceso.
 - Iniciar el proceso de acreditación de la tecnología NGS/MPS Illumina
 - Retomar, con el GNTID, la implementación de un aplicativo a nivel nacional que mantenga la base de datos de todos los equipos que se utilizan a nivel nacional en los laboratorios del INMLCF.
7. Revisado el aplicativo Isolución a fecha 28 de septiembre de 2021, se pudo evidenciar que existen 166 acciones correctivas, acciones preventivas acciones de mejora “VENCIDAS”, para las cuales se estableció la siguiente relación: entre 0 y 1 año hay 117; Dos (2) años hay 29 y Tres (3) años hay 20. Las cuales a la fecha de esta auditoria están abiertas y no se sabe que tratamiento se les va a dar.

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA	Página 5 de 8

NO CONFORMIDAD No. 2 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	
Descripción:	El Sistema Integrado de Gestión no asegura que la información documentada requerida esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.
Requisito aplicable:	Norma NTC ISO 9001:2015 numerales 7.5.2 y 7.5.3.1 a); Procedimiento de Control de Documentos DG-E-P-001; Artículo 2 de la Resolución 0000858 de 2019 Política de Gestión de Riesgos; Numeral 9.1 del manual del Sistema Integrado de Gestión; MIPG 7ª Dimensión -Componente Información y Comunicación: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5.
Evidencia objetiva:	- De los indicadores que están registrados en el informe de Revisión del SIG por la Alta Dirección, no se evidencia en el aplicativo Isolución su registro, así: Cobertura en número de servidores públicos capacitados; Los indicadores del Sistema de Gestión de SST - La información registrada en el informe de Revisión del SIG por alta dirección, no es acorde con la registrada en el aplicativo Isolución, así: Cobertura en número de servidores públicos capacitados - No se evidencia registros de medición de contados indicadores en el aplicativo Isolución, así: - Porcentaje de avance en la implementación de los lineamientos de los controles de la seguridad de la información Meta 70%, Medición 90%. - Mantener una cultura de seguridad de la información reflejada en la aceptación y aplicación de las políticas y controles de seguridad por parte de los funcionarios, contratistas y terceros. Meta 80%, Medición 82%. - Consolidar la implementación del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo - Consolidar el sistema de gestión ambiental - Estrategias ambientales desarrolladas - Cumplimiento de actividades que promueven la certificación de peritos y la acreditación de Laboratorios y Organismos de Inspección. - Diseñar e implementar el proceso de certificación de peritos forenses, para las disciplinas y categorías nuevas y existentes - Evaluación y Certificación de normas competencias Laborales - No se evidenciaron registros en el aplicativo isolución de al menos un indicador que permita la medición de los 4 objetivos de la Política de la Gestión del Riesgo. - No se evidenciaron registros de medición en el aplicativo isolución para los indicadores estratégicos. - A pesar de que la Oficina de Planeación en reuniones de equipo SIG (acta 2020-09-24) y Oficio No. 00167-OPL-DG-2021 de fecha 2021-09-06, realiza seguimiento al programa de revisión de documentos del SIG y establece el resultado de dichos seguimientos (de documentos que requieren eliminación, modificación, ser fusionados o se venció la fecha de revisión), no se evidencia la

	medición de los indicadores de “Procedimientos actualizados “ y “Procedimientos estandarizados”. 7. Se encuentra pendiente la actualización del procedimiento de Gestión de Riesgos, dicha actualización estaba programada por la Oficina de Planeación para realizarse en el PAAC, el 30 de abril de 2021. La actualización deberá ser acorde a la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles del DAFP, en lo relacionado con: • La Descripción del Riesgo: la cual debe iniciar con la frase POSIBILIDAD más los siguientes aspectos (QUÉ?) Impacto + (CÓMO?) causa inmediata + (Porque?) Causa raíz, el QUÉ Y CÓMO, es lo que puede ocurrir y el PORQUE, es donde va a atacar el control. • La Redacción del Control: Responsable + Acción + Complemento y • La Evaluación de los Controles teniendo en cuenta Atributos de Eficacia y Atributos Informativos los cuales cada uno tienen su peso o ponderación: Atributos de eficacia: a) Tipo de control (Preventivo, Detectivo, Correctivo), b) Implementación (Automático, Manual) y Atributos Informativos: a) Documentación (Documentado, sin documentar), b) Frecuencia (Continua, aleatoria), c) Evidencia (con registro, sin registro).
--	---

NO CONFORMIDAD No. 3 PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS	
Descripción:	De los cambios que afectan el SIG y que fueron aprobados por la Alta Dirección en la vigencia 2020, no se evidencia que estén establecidos en el Modulo de mejora.
Requisito aplicable:	Norma NTC ISO 9001:2015 numeral 6.3 Planificación de Cambios; Actividad No.3 del Procedimiento Planificación de los cambios del SIG código DG-E-P-025 – y Formato DG-E-P-025-F-001: MIPG 7a Dimensión -Componente Actividades de Control.
Evidencia objetiva:	Cambios a implementar en la vigencia 2021 aprobados por la Alta Dirección, que no se evidenciaron registros de sus acciones de mejora en el aplicativo Isolución y no fue allegado su formato: 1. Plan de digitalización de expedientes de la Rama Judicial 2020-2022 2. Cambios por parte del Ministerio de Salud para reportar los Certificados de Defunción 3. Implementación de la Resolución No. 482 del 2018 por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y otras disposiciones.



OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

1. **Dentro del Contexto Estratégico:** Estudiar la posibilidad de incluir en el Contexto de la Organización del Instituto, los aspectos Contables y Fiscales, así como para el Sistema de Control Interno, los aspectos de seguridad de la información, atención al ciudadano y comunicación, con el fin de identificar factores que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales; Estudiar la posibilidad de determinar en el Contexto Estratégico Institucional, un análisis DOFA, con el fin de establecer estrategias y acciones a implementar, para la administración del riesgo y la determinación de controles.
2. **En lo relacionado con las Partes Interesadas:** Estudiar la posibilidad de identificar las partes interesadas y partes interesadas pertinentes del Sistema de Control Interno, con el fin de determinar los roles, responsabilidades y autoridad para las líneas de defensa conforme a la séptima dimensión de MIPG.
3. **Para Roles, Responsabilidad y Autoridad:** Estudiar la posibilidad de establecer de manera formal, los roles y responsabilidad de los líderes de cada Sistema, con el fin de identificar el nivel de avance de cada uno de los sistemas en el marco del Sistema Integrado de Gestión (SIG).
4. **En la Operación:** Estudiar la posibilidad de actuar dentro del Sistema Integrado de Gestión, el cumplimiento y enfoque de dirigir, controlar y organizar el Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para dar cumplimiento conforme a lo establecido por la ley 938 de 2004.
5. **En la Comunicación Interna y Externa:** Estudiar la posibilidad de diseñar planes detallados y oportunos de comunicación, que garanticen un conocimiento eficaz del Sistema Integrado de Gestión para las partes interesadas y partes interesadas pertinentes.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. De manera general se viene dando cumplimiento normativo al desarrollo de la administración del Sistema Integrado de Gestión, sin embargo, se debe continuar especiales labores y la revisión del grado de avance a través de los líderes de los sistemas: Ambiental, Sistema de Control Interno y el Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se debe continuar los trabajos iniciados, y redefinir las actividades propias del Sistema de Medicina Legal en el marco del Sistema Integrado de Gestión.

2. Validados los controles existentes del proceso de la Administración del Sistema Integrado de Gestión como de los riesgos asociados, se requiere su fortalecimiento y ajuste, actualizando el procedimiento de Gestión del Riesgo, conforme a los parámetros de la "Guía para la Administración



del Riesgo y el diseño de controles” establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se evidenciaron debilidades en la implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora en la presente actividad de auditoría, que llevaron al vencimiento de términos para el cierre de las no conformidades, la evaluación de la eficacia y lograr la mejora continua en los procesos.

- De acuerdo al cumplimiento de los objetivos relacionados con el proceso, se evidenció la medición de indicadores, los cuales son analizados y aprobados en el informe de Revisión del SIG por la Alta Dirección, los casos de incumplimiento de la meta del indicador, evidenciaron registros de acciones correctivas o de mejora, presentando debilidades relacionadas en este informe.

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).

Toda la auditoría fue realizada en forma remota, utilizando las herramientas (Google Calendar, google Meet) 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 denominada Meet, autorizada por Instituto; 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.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)**FECHA DE ELABORACIÓN****2021-11-18****HELVER ANTONY OCAMPO ORTIZ**