



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 1 de 8

ID DE LA AUDITORIA: AI-15-2020	PROCESO A AUDITAR: GESTION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO FORENSE	UNIDAD ORGANIZACIONAL: Subdirección de Investigación Científica (SIC): Escuela Medicina Legal y Ciencias Forenses.(Sede Central)	FECHA DE AUDITORIA: Planeación: 2020-11-03 2020-11-13 Ejecución: 2020-11-17 2020-11-20 Elaboración del Informe: 2020-11-23 2020-12-04
OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA: Verificar que las actividades desarrolladas en las unidades auditables que hacen parte del Proceso de Gestión del Conocimiento Científico Forense, cumplan con los criterios de la auditoria, así como la efectividad de los controles existentes, la evaluación de los riesgos atinentes, el cumplimiento de los indicadores y seguimiento a los planes de mejoramiento o acciones de mejora.			
ALCANCE DE LA AUDITORIA: Desde la fecha de la última auditoría interna realizada hasta la fecha de la presente auditoría. Para los documentos incluidos como "Criterios de Auditoría"			
CRITERIOS DE AUDITORIA: 1. NTC-ISO 9001:2015 • Numeral 4 Contexto de la Organización • Numeral 5 Liderazgo • Numeral 6 Planificación • Numeral 7 Apoyo • Numeral 8 Operación • Numeral 9 Evaluación del desempeño • Numeral 10 Mejora 2. MIPG 7a Dimensión Riesgos y Controles 3. Normatividad vigente aplicable y documentos del Sistema Integrado de Gestión relacionados con el proceso a auditar incluye: DG-M-P-001 - Formación y Capacitación DG-M-P-102- Gestión Biblioteca Demás normas vigentes que apliquen al proceso a auditar.			
AUDITOR LÍDER: GENOVEVA GONZALEZ	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) NOMBRE(S) LAURA MARTINEZ	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) NOMBRE(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 Auditoria al Proceso **GESTION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO FORENSE**, así como la conclusión registrada en el informe original.

ASPECTOS FAVORABLES



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 2 de 8

1. Excelente disposición del personal para la atención de la auditoria (vía remota y presencial), la concertación de horarios y la disposición del personal y profesionales hacia la auditoria y auditores, dadas las condiciones de emergencia sanitaria que estamos atravesando, especialmente del Subdirector de Investigación Científica y de la Coordinadora de la Escuela.
2. Disponibilidad de toda la información requerida para la auditoría, de manera rápida, oportuna y completa.

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

NO CONFORMIDAD No. 1

Descripción	RIESGOS No se asegura que se hayan determinado todos los riesgos, que se deben abordar, para que el sistema de gestión logre los resultados previstos.
Requisito aplicable:	• ISO 9001:2015 numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades. • Procedimiento institucional GESTIÓN DE RIESGOS DG-E-P-022 numeral 2.3 Identificar los posibles riesgos de gestión y/o de corrupción que se pueden presentar en cada proceso. • MIPG 7a Dimensión. Evaluación del Riesgo.
Evidencia objetiva:	El proceso ha identificado seis riesgos: 1. Incumplimiento en el desarrollo de la investigación científica. 2. Incumplimiento de la evaluación de la eficacia de la formación y capacitación 3. Incumplimiento con lo establecido en el objeto del Convenio de Cooperación Académica 4. Inadecuada prestación de servicio de biblioteca 5. Presión o influencia indebida (interna y/o externa) para que la gestión de una solicitud no siga los procedimientos institucionales establecidos. 6. Actuación indebida en la declaración de imparcialidad y/o de conflicto de interés Sin embargo, no se encuentra identificado ningún riesgo relacionado con la elaboración y seguimiento del Plan Institucional de Capacitación (PIC) del INMLCF, el cual es una parte fundamental del proceso de gestión del conocimiento científico forense y se encuentra en los productos de la Caracterización del proceso.

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION No se asegura la concordancia del Plan Institucional de Capacitación con los parámetros impartidos por el Gobierno Nacional a través del Plan Nacional de Formación y Capacitación
Requisito aplicable:	Ley 1567 de 1998 ARTÍCULO 3°. Componentes del Sistema, literal c) MIPG 7a Dimensión Actividades de Control
Evidencia objetiva:	1. Revisada la información enviada no se encontró registro de la utilización del Plan Nacional de Formación y Capacitación para la elaboración del Plan Institucional de Capacitación 2020. 2. En entrevista realizada con el Subdirector de Investigación Científica y Coordinadora de la Escuela Medicina Legal y Ciencias Forenses se confirma que para la vigencia 2020 no se tuvo en cuenta dicho plan Nacional



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 3 de 8

3. El PIC 2020 fue publicado el 27 de abril de la presente vigencia incumpliendo lo señalado en el Plan Nacional de Formación y Capacitación de Mayo de 2017, que indica que "Las entidades públicas deberán tener formulados los Planes Institucionales de Capacitación basados en el esquema de aprendizaje organizacional, a más tardar el 31 de marzo de cada año.

NO CONFORMIDAD No. 3

Descripción:	DISEÑO Y DESARROLLO No se asegura que se establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo adecuado a los productos del proceso de gestión del conocimiento científico forense.
Requisito aplicable:	• ISO 9001:2015 numeral 8.3. DISEÑO Y DESARROLLO • MIPG 7a Dimensión. Ambiente de Control.
Evidencia objetiva:	1. No están disponibles los registros de la planificación, entradas, salidas, controles y cambios del Diseño y Desarrollo, incluidos en los ítems del informe de gestión de 2019, donde se indica que se implementó Diseño y desarrollo así: a. Orientación al ciudadano (atención al ciudadano) curso en Scrum -redes sociales - marketing- Diseño y desarrollo de <i>sitios web dinámicos</i>-servicio al cliente. (Página 21) b. Diseño y desarrollo: Desde la Escuela de Medicina Legal la Subdirección de Investigación Científica adelanto los siguientes programas con las Direcciones Regionales y las Universidades a nivel nacional:.... (Página 22) 2. No están disponibles los registros de la planificación, entradas, salidas, controles y cambios del Diseño y Desarrollo, para la elaboración del Syllabus cuando se elaboran los programas académicos bajo coordinación de la Escuela.

NO CONFORMIDAD No. 4

Descripción:	ACCIONES CORRECTIVAS-PREVENTIVAS No se asegura el adecuado tratamiento de las Acciones correctivas y preventivas según lo tiene establecido el INMLCF, de tal forma que permita la mejora continua del proceso.
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 10.2 Procedimiento institucional GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA numeral 3.2 Nota 1 DG-C-P-015 AUDITORIAS INTERNAS MIPG Séptima dimensión Actividades de Monitoreo
Evidencia objetiva:	1. Revisadas las no conformidades del informe de auditoría AC-0-06-2019 realizada en el periodo 2019-07-29 a 2019-08-23 se evidencio que la Subdirección de Investigación Científica a la fecha no ha dado tratamiento a los hallazgos reportados en el informe. 2. No se hacen los seguimientos acorde con el procedimiento institucional tal como se encontró en las No Conformidades Reales, 1910 y 1909 (ISOLUCION) y en las No Conformidades Potenciales (Acciones Preventivas) 802, 803 y 805. (ISOLUCION) 3. Las No conformidades 1910 y 1909 se generaron de No conformidades anteriores 787 y 1339 que no fueron eficaces pero no se informa que corresponde a una reformulación de auditorías anteriores. 4. Revisadas el 3 de noviembre las acciones correctivas del proceso de Gestión de Conocimiento Científico Forense se encontró que no habían sido eficaces las acciones identificadas con los números. 797, 1338, 1343, 1347 y 1588 y no se encontró registro de reformulación de estas acciones; sin embargo repitiendo el ejercicio el día 24 de noviembre se encuentra que solo se encontraron no eficaces las números 787 y 1588. Estas acciones correctivas ya estaban cerradas, lo que genera Incertidumbre acerca del manejo del aplicativo ISOLUCION.

NO CONFORMIDAD No. 5

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

Página 4 de 8

Descripción:	PARTES INTERESADAS No se asegura que se determinen todas las partes interesadas y sus requisitos dentro del sistema de gestión.
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 4.2 a) Procedimiento institucional DG-E-P-019 PLANEACION ESTRATEGICA Actividad 1 Numeral 2 MIPG Séptima dimensión Actividades de Control
Evidencia objetiva:	Las partes interesadas identificadas no coinciden con las incluidas en la Caracterización del proceso. No se incluyeron las siguientes: • Comunidad académica y científica. (Artículos científicos) • Comité de Formación y capacitación del INMLCF. (Informes de evaluación de la efectividad de la formación y capacitación en el INMLCF) • Proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión. (Información de entrada para la Revisión del Sistema Integrado de Gestión por la Alta Dirección).

NO CONFORMIDAD No. 6

Descripción:	INDICADORES No se asegura que se establezcan y midan todos los indicadores del proceso de Gestión del Conocimiento Científico Forense que permitan medir el logro y cumplimiento de los objetivos.
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 9.1.3 Procedimiento institucional GESTIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES Código: DG-E-P-023 MIPG Séptima dimensión Actividades de Control
Evidencia objetiva:	1. No se realiza la medición real del indicador de cobertura, ya que se incluyen como capacitaciones programadas las mismas ejecutadas; no se puede realizar a través del PIC un seguimiento de cuales capacitaciones se programan en cada trimestre. 2. En el PIC 2019 (Abril de 2019) se programaron 49 cursos a realizar, sin embargo los cursos realizados difieren de la siguiente manera: • En ISOLUCION se incluye en los indicadores de "Cobertura temática". de enero a diciembre de 2019 42 cursos realizados así: 1 trim: 0; 2 trim: 9; 3 trim: 14 y 4 trim :19 • En el Informe de gestión 2019 se incluyen 52 cursos así: CURSOS REALIZADOS 37 CURSOS PROGRAMADOS 3; CURSOS SIN PROGRAMAR 8; CURSOS EN EJECUCIÓN 2; APLAZADOS 2. • En el informe de la revisión por la Dirección de 2019 (elaborado 2020-02-28) se informa que se realizaron 36 cursos (página 4) 3. No se han establecido indicadores que permitan medir: • Efectividad de la formación y capacitación en el INMLCF (Que permita medir efectividad ya que los indicadores incluidos en la caracterización todos son de eficacia) • Porcentaje de ejecución presupuestal alcanzado (Que permita a la Dirección tomar decisiones para la asignación de recursos) • Contribución a la mejora del desempeño laboral (Que permita medir el cumplimiento del objetivo del proceso, según la caracterización DG-M-CARACT-001)

NO CONFORMIDAD No. 7

Descripción:	INFORMACION DOCUMENTADA No se asegura el manejo de la información documentada acorde con los procedimientos institucionales
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 7.5 Información documentada Procedimiento institucional DG-E-P-002 CONTROL DE REGISTROS Procedimiento institucional DG-E-P-001 CONTROL DE DOCUMENTOS. MIPG Séptima dimensión - Actividades de control

Evidencia objetiva:	- El listado maestro de registros (LMR) de la Unidad organizacional "Subdirección de Investigación Científica: Escuela Medicina Legal y Ciencias Forenses" no contiene los registros de los siguientes documentos: Documentos propios - Creación de votaciones en el aplicativo LIME SURVEY DG-A-I-047 - Realización del congreso nacional - internacional de medicina legal y ciencias forenses DG-M-P-080 - Votaciones electrónicas DG-A-P-077 Documentos Transversales - Planeación estratégica DG-E-P-019 - Indicadores DG-E-P-023 - Planificación cambios DG-E-P-025 - Imagen institucional (actas de reunión) DG-E-I-005 - Control de Documentos DG-E-P-001 - Control de Registros DG-E-P-002 - Revisión del SIG por la Alta Dirección DG-E-P-003 - Trámite movimientos de Personal o retiros DG-A-P-105 - Comisiones DG-A-P-074 - Situaciones administrativas DG-A-P-045 - Gestión Documental DG-A-P-012 - Plan Anual de Adquisiciones DG-A-P-064 - Evaluación de la Satisfacción del cliente DG-C-P-002 - Servicios de Transportes DG-A-P-044 - Servicios de Mantenimiento DG-A-P-010 - Gestión y control de los elementos de bodega DG-A-P-019 - Gestión y control de los elementos devolutivos en servicio DG-A-P-009 - Tienen atraso de aproximadamente 8 años en entrega de archivo (según tablas de retención enviadas): Última entrega de archivo 22 de marzo de 2013 (se entregaron los años 1999 a 2007). - Revisadas las carpetas de la capacitación "Contratación Estatal" realizada en el segundo trimestre de 2020 No se encontraban todas las actas de compromiso de los funcionarios que participaron. De 48 faltan 3 actas.
-----------------------------------	--

NO CONFORMIDAD No. 8

Descripción:	SATISFACCION DEL CLIENTE No se asegura que se realice seguimiento a las percepciones de todos los tipos de clientes, para conocer el grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente Procedimiento institucional MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Se encontró en el informe de Evaluación de satisfacción del cliente 2019 de fecha 2020-01-31 y en la Planeación de la evaluación de la satisfacción del cliente de fecha 2020-09-25, que no se incluyen clientes externos, los cuales están incluidos en la caracterización y la identificación de partes interesadas. En el informe de Evaluación de satisfacción del cliente 2019 de fecha 2020-01-31 No se anularon preguntas que daban respuestas a procesos de otras dependencias.

NO CONFORMIDAD No. 9

Descripción:	REVISION POR LA DIRECCION No se asegura que se incluya toda la información requerida para las entradas y salidas en el informe de revisión del SIG por la alta dirección
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 9.3.2 literal d) y 9.3.3 a) b) y c) Procedimiento institucional REVISIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN DG-E-P-003 MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	En el informe de revisión del SIG por la alta dirección (proyecto) de la Subdirección de Investigación Científica vigencia 2019 de fecha 2020-02-28 se evidencia:



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 6 de 8

1. No se incluyó información requerida como entrada de la revisión por la dirección:
 - ítem 13 del informe "adecuación de recursos"
 - ítem 14 del informe "adecuación de políticas"
2. No se incluyó en las salidas de la revisión por la dirección:
 - las oportunidades de mejora
 - cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión
 - las necesidades de recursos
3. Las conclusiones incluidas en este informe no están acorde con los hallazgos

NO CONFORMIDAD No. 10

Descripción:	INVENTARIOS No se ha actualizado y depurado el inventario de la SIC teniendo en cuenta los cambios administrativos de personal.				
Requisito aplicable:	- Resolución 000009 de 2001 Por la cual se establece el procedimiento para la administración de bienes muebles del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ARTICULO SEGUNDO: INVENTARIOS POR CAMBIO DE TITULAR DE UNA DEPENDENCIA: Cuando se produzca un cambio de titular responsable de una dependencia, la Oficina de Personal comunicará el acto administrativo a la Unidad de Contabilidad y al Grupo de Inventarios o Almacenista, con el fin de que se inicien los trámites para la entrega de los bienes. Además el responsable saliente deberá hacer entrega de los bienes al nuevo titular, mediante acta suscrita por quien entrega y recibe, en un término no superior a diez (10) días hábiles - MIPG Séptima dimensión - Actividades de control				
Evidencia objetiva:	26 4113 02/08/2010 229 SILLA ERGONOMICA SIN BRAZOS NEUMATICA Serie No. 42643 48 11782 02/08/2010 375 MUEBLE TIPO CAJONERA Serie No. 43052 67 12077 02/08/2010 389 SILLA FIJA SIN BRAZOS TIPO INTERLOCUTORA Serie No. 43083 68 12077 02/08/2010 389 SILLA FIJA SIN BRAZOS TIPO INTERLOCUTORA Serie No. 43082 69 12077 02/08/2010 389 SILLA FIJA SIN BRAZOS TIPO INTERLOCUTORA Serie No. 43084 119 15803 02/12/2010 999 CAMARA FOTOGRAFICA CANON POWERSHOT A2300 16MP Serie No.47 2065028918 120 15804 02/12/2010 1000 CAMARA DE VIDEO PANASONIC MODELO SDR-H101 HYB Serie No.S1 TD00111 127 16948 02/12/2010 1034 TELEFONO IP REF. 1616 Serie No.10WZ46457704 40094 129 17228 02/12/2010 1047 VIDEO CAMARA DIGITAL SONY DCR-SX22 Serie No.5979290 39744 169 16187 02/12/2020 1056 IMPRESORA LASER COLOR LEXMARK MOD.CS510DE Serie No.027139 451PFX 174 16884 02/12/2020 1077 CPU HP MODELO PRODESK 400G1 Serie No.MXL45018LF 38723 184 16889 02/12/2020 1082 MONITOR LED DE 23" HP ELITEDISPLAY E-231 Serie No.6CM4412 2. No hay registro de inventario a nombre de la Coordinación de la Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses 3. Responsable de la Biblioteca cuenta con <u>770</u> libros en su inventario, en la presentación de power point dicen que hay <u>1274</u> libros y en página web <u>917</u> libros. 4. Hay elementos de inventario que no se utilizan actualmente en la Subdirección de Investigación científica y no se han trasladado para que puedan ser utilizados por otras dependencias: COMPUTADOR ACER MODELO X6610G (CPU) Serie No.241000DA0100 40265 34238 \$1,478,458.00 CPU HP DESKTOP COMPAQ ELITE 8300 SFF SRP LTNA Serie No.MX L3500RPD 36752 \$3,163,359.44 MONITOR HP ELITE DISPLAY E231 LED 23" Serie No.6CM3424G3T 36830 \$558,239.56 MONITOR HP ELITE DISPLAY E231 LED 23" Serie No.6CM3424G4K 36823 \$558,239.56 MONITOR PLANO LED DE 23.6 PULGADAS MOD.HPV241 Serie No.3C Q4010ZYD 37665 \$508,022.00 IMPRESORA MULTIFUNCIONAL HP MOD.HP M425DN Serie No.CND8FB 37CW 37 37071 \$1,185,862.20 CPU HP DESKTOP COMPAQ ELITE 8300 SFF SRP LTNA Serie No.MX L33712PR 36750 \$3,163,359.44 Lo anterior, evidencia debilidades en los controles y riesgo de pérdida de los bienes.				



OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. **Biblioteca:** identificar condiciones ideales de temperatura y humedad para la adecuada conservación del material bibliográfico en existencia; revisar el material bibliográfico de forma que contenga las placas de inventario que faciliten su identificación
2. **Comunicaciones:** Revisar la resolución de comunicación que incluye la publicación en redes sociales de información relacionada con “investigaciones científicas” “convenios” y “rotaciones” para dar adecuado cumplimiento.
3. **Documentación:** Impulsar el trabajo de actualización de los documentos que se encuentran en borrador y actualmente están desactualizados, que permita mantener al día la documentación.
4. **Roles y responsabilidades:** revisar y actualizar el manual de funciones y los registros de asignación de tareas del personal de la SIC, para facilitar el desempeño y eficacia del SIG.
5. **Planes Operativos Anuales:** revisar el planteamiento de los Planes Operativos, de forma que se pueda asegurar que se logren los resultados previstos y evitar incumplimientos.
6. **Planificación de cambios:** asegurar que se ejecuten las actividades del procedimiento DG-E-P-025. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) especialmente para los cambios identificados en la revisión por la dirección.
7. **Normatividad:** Revisar normatividad relacionada con las funciones de las unidades de personal de las entidades vs funciones de la Escuela de medicina legal, con el fin de asegurar cumplimiento de las normas. (Ley 909 de 2004 Artículo 15. Numeral 2. Literal e) frente al Acuerdo 08 de 2012 Artículo 13. Numeral 2.)

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. Se verificó que las actividades desarrolladas en el proceso de Gestión del Conocimiento Científico Forense **cumplen parcialmente** con los **criterios de la auditoría:** ISO 9001:2015, Normatividad vigente aplicable y Procedimientos institucionales, que contribuyen a la mejora continua del SIG.
2. Se encontraron **debilidades** observadas en las no conformidades así: Determinación de riesgos, concordancia del PIC con los parámetros impartidos por el Gobierno Nacional, implementación y mantenimiento del proceso de diseño y desarrollo, tratamiento de acciones correctivas, determinación de las partes interesadas, establecimiento y medición de indicadores, manejo de la información documentada, seguimiento a las percepciones de los clientes, información requerida para las entradas y salidas en el informe de revisión del SIG, actualización y depuración de inventario.
3. Se encontraron **aspectos favorables:** disposición del personal para la atención de la auditoría especialmente del Subdirector de Investigación Científica y de la Coordinadora de la Escuela, Disponibilidad de información requerida para la auditoría.



4. Se realizó seguimiento a los **planes de mejoramiento** de las auditorías internas encontrando que NO se cumplen todas las directrices establecidas por el INMLCF, lo que no permite la mejora continua del proceso
5. Se evaluó la capacidad para determinar **riesgos** y las acciones implementadas encontrando que NO se gestionan, cumpliendo todas las directrices establecidas por el INMLCF.
6. Se evaluaron los **controles del proceso Gestión del Conocimiento Científico Forense** y se encontraron falencias relacionadas en las no conformidades del presente informe: Determinación de riesgos, concordancia del PIC con los parámetros impartidos por el Gobierno Nacional, implementación y mantenimiento del proceso de diseño y desarrollo, tratamiento de acciones correctivas, determinación de las partes interesadas, establecimiento y medición de indicadores, manejo de la información documentada, seguimiento a las percepciones de los clientes, información requerida para las entradas y salidas en el informe de revisión del SIG, actualización y depuración de inventario.
7. Se realizó **visita presencial** a la sede del San Juan de Dios – Biblioteca, para la evaluación de la ejecución de los ítems contemplados en la ISO 9001:2015, encontrándose que se cumplen los requisitos, excepto los relacionados en las no conformidades No. 7 y 10.
8. Se realizó la auditoria, en la totalidad de la etapa de planeación y **parcialmente** en la etapa de ejecución, en forma **remota**, utilizando las herramientas (Google Meet y Jitsi Meet) con videoconferencia y mediante revisión documental, aplicando el protocolo de roles para la realización de Auditorías Remotas en el INMLCF; la comunicación fue optima y los dispositivos utilizados no tuvieron ningún contratiempo.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)	FECHA DE ELABORACIÓN
GENOVEVA GONZALEZ FONSECA 	2021-02-23