



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 1 de 6

ID DE LA AUDITORIA:
AI-29-2020

PROCESO A AUDITAR:
*GESTION DEL
SERVICIO PERICIAL -
LOFOSCOPIA*

UNIDAD

ORGANIZACIONAL:

Regional Nororiente- Servicio de Lofoscopia (**Bucaramanga**)

Regional Norte - Servicio de Lofoscopia (**Sincelejo**)

Regional Norte - Servicio de Lofoscopia (**Barranquilla**)

Regional Oriente - Seccional Meta
Servicio de Lofoscopia
(**Villavicencio**)

Regional Oriente - Servicio de Lofoscopia (**Tunja**)

Regional Occidente - Servicio de Lofoscopia (**Pereira**)

Regional Sur - Servicio de Lofoscopia (**Ibagué**)

Regional Suroccidente - Servicio de Lofoscopia (**Popayán**)

Regional Suroccidente - Servicio de Lofoscopia (**Cali**)

Regional Bogotá - Servicio de Lofoscopia (**Bogotá**)

Regional Noroccidente - Servicio de Lofoscopia (**Medellín**)

FECHA DE AUDITORIA:

2020-05-26 y 2020-05-27

2020-06-01 y 2020-06-02

2020-06-04 y 2020-06-05

2020-06-08 y 2020-06-09

2020-06-10 y 2020-06-11

2020-06-16 y 2020-06-17

2020-06-23 y 2020-06-24

2020-06-30 y 2020-07-01

2020-07-02 y 2020-07-03

2020-07-10 y 2020-07-11

2020-07-23 y 2020-07-24

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma técnica colombiana NTC-ISO/IEC 17020:2012 para mantener y garantizar el Sistema Integrado de Gestión, en el organismo de inspección y el desarrollo de los procesos acorde con la normatividad vigente.

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:

NTC-ISO/IEC 17020:2012:

Numeral 4 Requisitos generales

Numeral 5 Requisitos relativos a la estructura

Numeral 6 Requisitos relativos a los recursos

Numeral 7 Requisitos de los procesos

Numeral 8 Requisitos relativos al sistema de gestión

Criterios Específicos de acreditación ONAC

Normatividad:

Normatividad vigente aplicable al área y documentos del Sistema Integrado de gestión relacionados con el proceso a auditar.

Documentos técnicos:

DG-M-PET-121 DG-M-PET-121 Análisis de impresiones de origen lofoscópico mediante la aplicación del método ACE-V

AUDITOR LÍDER: <i>LUCÍA NATALY MEDINA LÓPEZ</i>	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) NOMBRE(S) <i>No Aplica</i>	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) NOMBRE(S) <i>NELLY CAMARGO: Regional Nororiente- Servicio de Lofoscopia (Bucaramanga)- Regional Norte - Servicio de Lofoscopia (Barranquilla)- Regional Sur - Servicio de Lofoscopia (Ibagué)- Regional Suroccidente - Servicio de Lofoscopia (Popayán)- Regional Bogotá - Servicio de Lofoscopia (Bogotá)- Regional Noroccidente - Servicio de Lofoscopia (Medellín)</i> <i>LUCIA BUSTAMANTE: Regional Norte - Servicio de Lofoscopia (Sincelejo)- Regional Oriente - Seccional Meta Servicio de Lofoscopia (Villavicencio)- Regional Oriente - Servicio de Lofoscopia (Tunja)- Regional Occidente - Servicio de Lofoscopia (Pereira)- Regional Suroccidente - Servicio de Lofoscopia (Cali)</i>	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NOMBRE(S) <i>No Aplica</i>
--	--	--	---

A continuación, se presentan las no conformidades y un resumen de los aspectos favorables y evidencias de la Auditoria al Proceso **GESTION DEL SERVICIO PERICIAL - LOFOSCOPIA**, así como la conclusión registrada en el informe original.

**ASPECTOS FAVORABLES**

- El compromiso y dedicación demostrado por cada uno de los Coordinadores Regionales de Ciencias Forenses, con el proceso de las Auditoría Internas puesto que, a pesar de tener más de una Auditoría en curso, se observó el acompañamiento, colaboración y apoyo con cada uno de los Organismos de Inspección de Lofoscopia de cada Regional, para atender la auditoría AI-29-2020.
- La asertividad de cada uno de los Responsables de Operaciones Técnicas, de los diferentes Organismos de Inspección de Lofoscopia del país, para expresar sus opiniones correctamente, defender sus puntos de vista y aceptar las opiniones y comentarios realizados durante cada uno de los procesos desarrollados en la auditoría interna AI-29-2020.
- La gran disposición y colaboración de todos los Expertos Técnicos, de cada uno de los diferentes Organismo de Inspección de Lofoscopia del país, para atender el proceso de la Auditoría Interna.
- La competencia técnica de cada uno de los funcionarios de los Organismos de inspección de Lofoscopia del país, la cual fue demostrada y verificada en todos los procesos realizados durante el desarrollo de la Auditoría Interna AI-29-2020.
- La oportunidad en la entrega de la documentación, solicitada en el Plan de Auditoría Interna AI-29-2020, por parte de cada uno de los Organismos de Inspección de Lofoscopia del país.

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

Descripción:	El Organismo de Inspección de Lofoscopia no asegura el completo cumplimiento de los requisitos que se deben tener en cuenta para desempeñarse como Revisor de Informes Periciales, contemplados en el Procedimiento REVISIÓN DE INFORMES PERICIALES DE LOS LABORATORIOS FORENSES Y ORGANISMOS DE INSPECCIÓN EN EL INMLCF, Código: DG-M-P-099, Versión: 4.
Requisito aplicable:	Procedimiento REVISIÓN DE INFORMES PERICIALES DE LOS LABORATORIOS FORENSES Y ORGANISMOS DE INSPECCIÓN EN EL INMLCF, Código: DG-M-P-099, Versión: 4, Numeral 7.1.1 REQUISITOS PARA EL REVISOR.
Evidencia objetiva:	Se evidencia durante el Atestiguamiento que un Experto Técnico realiza las actividades de revisar y autorizar Informes de Inspección, sin haber cumplido el requisito de experiencia mínima de un (1) año.

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	El Organismo de Inspección de Lofoscopia no asegura una adecuada supervisión del Personal que participa en las actividades de inspección, ni registra coherentemente el resultado de la supervisión que se efectuó.
Requisito aplicable:	Norma NTC-ISO/IEC 17020:2012 Numeral 6.1 PERSONAL (6.1.8) y Procedimiento SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE LABORATORIOS / ORGANISMOS DE INSPECCIÓN FORENSES DEL INMLCF, Código: DG-M-P-109, Versión: 6, Numeral 7.3 CUADRO DE TAREAS, , ACTIVIDAD 2: EJECUTAR LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE LABORATORIOS / ORGANISMOS DE INSPECCIÓN FORENSES y ACTIVIDAD 3: ELABORAR EL INFORME DE LA SUPERVISIÓN (No. 3.1)
Evidencia objetiva:	Se evidencian inconsistencias al revisar los formatos INFORME DE SUPERVISIÓN DEL PERSONAL QUE REALIZA ENSAYOS O INSPECCIONES EN LOS LABORATORIOS- ORGANISMOS DE INSPECCIÓN DEL INMLCF, Anexo B, Código del formato: DG-M-P-109-V06-F02 , que indican una inadecuada ejecución de las Actividades de supervisión en los distintos Organismo de Inspección del país.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 4 de 6

NO CONFORMIDAD No. 3

Descripción:	El Organismo de Inspección de Lofoscopia no asegura un completo control de los registros.
Requisito aplicable:	Norma NTC-ISO/IEC 17020:2012 Numeral 8.4 CONTROL DE REGISTROS (OPCIÓN A) (8.4.1) y Procedimiento CONTROL DE REGISTROS , Código: DG-E-P-002, Versión: 10, numerales 7.2 GENERALIDADES (Punto 3 y 8) y 7.4.1. ACTIVIDAD NO 1. IDENTIFICAR LOS REGISTROS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN POR CONTROLAR.
Evidencia objetiva:	En los Listados Maestros de Registros de distintos Organismo de Inspección del país, no se tienen contemplados varios documentos que hacen parte del Archivo de Gestión.

NO CONFORMIDAD No. 4

Descripción:	El organismo de Inspección de Lofoscopia no hace el adecuado uso del Símbolo de Acreditación, en los documentos emitidos como resultado de la actividad para la cual están acreditados.
Requisito aplicable:	Documento REGLAMENTO DE USO DE LOS SÍMBOLOS DE ACREDITADO Y/O ASOCIADO , Código: RAC-3.0-03 Versión 05 Antes (RAC-1.4-03), numeral 4.2.2. Condiciones para el uso correcto del Símbolo de Acreditación o Referencia a la Condición de Acreditado por ONAC.
Evidencia objetiva:	En algunos informes periciales, no se observa el uso del Símbolo de acreditación ONAC, el cual es obligatorio en los informes de resultados emitidos, asociados al método acreditado del Procedimiento estandarizado de trabajo ANÁLISIS DE IMPRESIONES DE ORIGEN LOFOSCOPICO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO ACEV , Código: DG-M-PET-121, Versión: 3.

NO CONFORMIDAD No. 5

Descripción:	El trabajo realizado por el Organismo de Inspección de Lofoscopia, no siempre se respalda por un informe de inspección, que incluya el contenido mínimo indicado en la norma ISO/IEC 17020:2012.
Requisito aplicable:	Norma NTC-ISO/IEC 17020:2012 Numeral 7.4 INFORMES DE INSPECCIÓN Y CERTIFICADOS DE INSPECCIÓN (7.4.1 y 7.4.2)
Evidencia objetiva:	Se evidencia que aunque los Organismos de Inspección realizan todas las actividades descritas en el Procedimiento TRATAMIENTO DE PULPEJOS , Código: DG-M-P-012, Versión: 2, no se está respaldando el trabajo realizado por un informe que contenga de manera clara: la identificación única, la fecha de emisión, la fecha o las fechas de inspección, la identificación del ítem o ítems inspeccionados, los resultados de la inspección y demás información requerida en el numeral 7.4.2 de la Norma NTC-ISO/IEC 17020:2012 .

NO CONFORMIDAD No. 6

Descripción:	El ente auditado no realiza el análisis preliminar de los cambios identificados en el SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN y los posibles impactos que se puedan presentar, ni se evidencia la remisión de la documentación respectiva de los cambios identificados al Equipo SIG de nivel regional.
Requisito aplicable:	Procedimiento PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) , Código: DG-E-P-025, Versión: 2, Numeral 7.4.1. ACTIVIDAD No. 1: IDENTIFICAR EL(LOS) CAMBIO(S) QUE PUEDA(N) AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) y numeral 7.4.2. ACTIVIDAD No. 2. ANALIZAR EL(LOS) CAMBIO(S) QUE PUEDE(N) AFECTAR EL SIG.
Evidencia objetiva:	Al revisar el Formato INFORME DE LA REVISIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN , Código del formato: DG-E-P-003-F-001, Versión: 11, numeral "10. CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN" se registran los cambios externos o internos que podrían afectar cada uno de los Subsistemas de Gestión y su incidencia; sin embargo, al solicitar el registro "CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG)" , Código del formato: DG-E-P-025-F-001, el grupo auditado indica que no se realiza el uso de éste registro y tampoco se sigue lo indicado en el Procedimiento PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) , Código: DG-E-P-025, Versión: 2.

**NO CONFORMIDAD No. 7**

Descripción:	El Organismo de Inspección de Lofoscopia no asegura que se eliminen las causas de las no conformidades reales y potenciales de las desviaciones de los procedimientos del Sistema Integrado de Gestión, ni asegura el tratamiento eficaz y oportuno de las acciones correctivas.
Requisito aplicable:	Norma NTC-ISO/IEC 17020:2012 Numeral 8.7 ACCIONES CORRECTIVAS (OPCIÓN A) (8.7.2) y Procedimiento de GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA , Código: DG-C-P-014, Versión: 12, numeral ACTIVIDAD 3: VERIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES Y LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES REALES, LAS NO CONFORMIDADES POTENCIALES, O LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.
Evidencia objetiva:	Al revisar algunas Acciones correctivas, se aprecia que estas se encuentran vencidas y que no se realiza la gestión de las acciones formuladas para el tratamiento de las no conformidades reales, no se adjunta la evidencia de las acciones y no se observa la formulación de un nuevo ciclo de tratamiento de las no conformidades.

NO CONFORMIDAD No. 8

Descripción:	El Organismo de Inspección de Lofoscopia no asegura un adecuado manejo de las credenciales asignadas a los funcionarios, para el acceso a los sistemas de Información del <i>Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses</i> .
Requisito aplicable:	Instructivo GESTIÓN DE ACCESOS , Código: DG-A-I-057, Versión: 1 Numeral 7.7.2. CREACIÓN DE CUENTAS DE USUARIOS , apartado "PARA TENER EN CUENTA" , ítem <i>"El buen manejo de las credenciales asignadas a los funcionarios o terceros del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para el acceso a los sistemas de información, recursos y servicios tecnológicos, es responsabilidad de los usuarios. Las credenciales de acceso a los sistemas de información, recursos y servicios tecnológicos son de uso personal e intransferible."</i>
Evidencia objetiva:	No se asegura que se utilice correctamente el usuario para acceder al sistema de información SIRDEC por parte de algunos Expertos Técnicos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Incluir en el registro **HOJA DE VIDA TÉCNICA**, Código del formato: DG-M-P-106-F-003, Versión: 14, únicamente los registros vigentes y dar el tratamiento pertinente a los registros obsoletos, de acuerdo a lo establecido en las Tablas de retención documental del INMLCF y tener en cuenta en el formato la formación relevante acorde al cargo del personal, para así poder dar un mejor cumplimiento del Procedimiento **DESCRIPCIÓN DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES DEL PERSONAL CLAVE EN EL MARCO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**, Código: DG-M-P-106, Versión: 14.
- Llevar a cabo la redacción de los apartados *"Descripción de la no conformidad"* y *"Evidencia Objetiva"*, de forma más acorde con el Anexo A: **CONTENIDO DEL FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS**, Código del documento: DG-C-P-14, del Procedimiento **GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA**, Código: DG-C-P-014, Versión: 12, en los Reportes de las No conformidades reales.
- Emplear el término *"Tarjeta de preparación de la Cédula de ciudadanía"*, en el ÍTEM de *"Elementos recibidos"*, teniendo en cuenta los parámetros emitidos por parte del Grupo Nacional de Ciencias Forenses, en el Oficio **No. 0119-GNCF-SSF-2019** de fecha 2019-02-26.
- Garantizar que se lleve a cabo el registro en el aplicativo SIRDEC, en el módulo de **"SEGUIMIENTO DEL CASO"**, todas las observaciones relacionadas con los casos que son asignados por error o que arrojen una búsqueda negativa en la base de datos de la Registraduría, con el fin de hacer toda la información trazable y que no se sumen tiempos erróneos a los indicadores.
- Llevar a cabo un seguimiento acorde a lo que se indica en el Procedimiento **GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA**, Código: DG-C-P-014, Versión: 12, en relación a la temporalidad, en los Reportes de las No conformidades reales, que se realizan en el módulo de mejora de **ISOLUCIÓN**.
- Aclarar la dependencia directa que presenta el señor **HUGO NESTOR CAMACHO BARBOSA** a la Regional Oriente (incluir la procedencia de casos que procesa, lugar de trabajo, entre otros ítems, de acuerdo a la prestación del servicio), puesto que el Experto realiza las actividades in situ de inspección en el Organismo de Inspección de Lofoscopia-Bogotá y como tal es contemplado en todas las actividades del SIG en ambas regionales.



7. Garantizar que se realice la asignación adecuada de la identificación de las *imágenes de Comparación* que no tienen características acotadas, ya sea porque el resultado es Excluyente o porque es Inconcluyente, en el módulo de Imágenes Acotadas del aplicativo SIRDEC, con el fin de no generar confusiones procedimentales.
8. Configurar el correo personal con los datos del Experto Técnico el Señor **JANSIL ABDUL MURILLO MINA**, para dar cumplimiento al documento **INSTRUCTIVO DE USO DE MAGEN INSTITUCIONAL**, Código: DG-E-I-005, Versión: 6, numeral 7.7 apartado K – 2 Correos Electrónicos.
9. Asegurar por parte de la Regional Bogotá, un completo entendimiento del Procedimiento de **PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG)**, Código: DG-E-P-025, Versión: 2, con el fin de que se comprenda que cualquier cambio, en cualquier componente del SIG, afecta a todo el Sistema Integrado de Gestión y que se requiere que los responsables de los procesos que puedan verse afectados con el cambio que se identifique, participen en las actividades de este procedimiento.
10. Aclarar los parámetros establecidos en el Procedimiento estandarizado de trabajo **ANÁLISIS DE IMPRESIONES DE ORIGEN LOFOSCOPICO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO ACEV**, Código: DG-M-PET-121, Versión: 3, en lo que respecta a los conceptos de “Suficiencia” y “Calidad” de la imagen de la impresión dactilar, los cuales son relevantes para éste tipo de estudio.
11. Asegurar que se eliminen espacios innecesarios (en blanco) del esquema del Informe pericial y que la frase “FIN DEL INFORME PERICIAL” esté presente en todos los informes y se encuentre en la posición correcta dentro del documento, la cual debería ser posterior a la nota de aclaraciones o ampliaciones referentes al caso, con el fin de evitar posibles alteraciones en la información.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Los organismos de Inspección auditados evidencian el mejoramiento del sistema Integrado de Gestión y la apropiación de la documentación y los procesos que se generan.
- Se verificó el cumplimiento de los requisitos técnicos y requisitos de gestión de la norma técnica colombiana NTC-ISO/IEC 17020:2012 y Requisitos adicionales de ONAC, para mantener y garantizar el Sistema Integrado Gestión en los organismos de inspección.
- De forma general, los Organismos de Inspección de Lofoscopia del país, cumplen con la normatividad vigente y los criterios de la auditoría; evidencian buena capacidad para determinar riesgos e identificar e implementar acciones efectivas para abordarlos.
- 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 INMLCF tal como lo establece el Memorando No. 052-DG-2020 del 21 de mayo del presente año.
- La totalidad de la etapa de ejecución de las Auditoría Interna AI-29-2020 se realizó de forma remota, utilizando la herramienta GOOGLE MEET, para realizar las videoconferencias y se llevó a cabo 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 cada actividad de conexión remota; se efectuaron varias reuniones remotas con cada Organismo de Inspección auditado y dos adicionales con cada equipo auditor, empleando para esto únicamente la herramienta GOOGLE MEET, la cual fue autorizada por Instituto y llamadas telefónicas con las expertas técnicas; la comunicación fue generalmente adecuada y los dispositivos utilizados permitieron el desarrollo de la actividad.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)**LUCÍA NATALY MEDINA LÓPEZ****FECHA DE ELABORACIÓN**

2020-09-21