

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA**Página **1** de **9**

ID DE LA AUDITORIA:	PROCESO A AUDITAR:	UNIDAD ORGANIZACIONAL:	FECHA DE AUDITORIA:
AI-08-2022	Gestión de la Planeación Institucional	Oficina de Planeación (Sede Central)	Planeación: 2022-08-01 a 2022-08-12 Ejecución: 2022-08-16 a 2022-08-25 Informe: 2022-08-29(*) a 2022-09-12 (*) Modificada la fecha y autorizada por la Jefatura según correo de fecha 26 de agosto de 2022

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

1. Evaluar la eficacia y eficiencia del plan estratégico, planes operativos, recursos presupuestales requeridos para atender las necesidades de la entidad y así lograr los objetivos institucionales.
2. Evaluar la oportunidad y eficiencia del tratamiento de los riesgos, controles existentes, acciones correctivas, preventivas y de mejora, para el fortalecimiento de la gestión institucional.
3. Verificar cumplimiento de los objetivos estratégicos relacionados con el proceso de Gestión de Planeación Institucional.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Desde la última fecha de la auditoria.

Para los documentos definidos en la columna denominada "CRITERIOS DE AUDITORIA".

Para las ubicaciones definidas en la columna denominada "UNIDAD(ES) ORGANIZACIONAL".



CRITERIOS DE AUDITORIA:

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

MIPG - 7A DIMENSIÓN

DOCUMENTOS DEL SIG RELACIONADOS

DG-E-CARACT-038-V3 Gestión de la Planeación Institucional
DG-E-P-019-V7 Planeación Estratégica.



DG-E-I-004-V6 - Formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan operativo y tablero de control.

DG-E-P-008-V6 Actualización y seguimiento a los proyectos de inversión inscritos en el Banco Nacional.

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"

NORMATIVIDAD INTERNA RELACIONADA

- Acuerdo 08 de 2012 artículo 7
- Plan Estratégico 2019-2022 del Instituto
- Resolución 830 de 2019, Artículo 1,
- Demás normas vigentes que apliquen al proceso a auditar.

Documentos expedidos internos y externos por la emergencia sanitaria COVID-19 que apliquen al proceso.

AUDITOR LÍDER:
HENRY CORTÉS
CONTRERAS

**AUDITOR(ES)
ACOMPAÑANTE(S)**

TANIA PERDOMO
MORALES

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 resalta:

1. La proactividad del equipo auditado durante la etapa de planeación y ejecución de la auditoría.
2. El nivel de compromiso y dedicación de los Líderes de los Proyectos de Inversión y los funcionarios de la Oficina de Planeación que intervienen en el Proceso evaluado.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA	Página 4 de 9	

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

NO CONFORMIDAD No. 1

Descripción :	El Proceso de Gestión de la Planeación Institucional no asegura el cumplimiento de los requisitos relacionados con la información documentada.
Requisito aplicable:	1. NORMA NTC-ISO 9001:2015. – Numerales 7.5.2 y 7.5.3 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 por el proceso de Gestión de Planeación Institucional presenta inconsistencias en su contenido, que puede conllevar a una interpretación errónea y, por ende, a una toma de decisiones no asertiva, como se muestra en los siguientes ítems: a. En la portada de los Informes de ejecución y seguimiento del Plan Operativo Anual – del 1 y 2 Trimestre de 2022”, indica la vigencia del mismo (es decir 2022), pero en la página 6 de los documentos mencionados aparece el siguiente párrafo que no guarda coherencia con el año del informe presentado 1.2Ejecución por unidad organizacional Las unidades organizacionales que integran el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2021 formularon 228 planes Operativos anuales, que impactaron los objetivos estratégicos como se aprecia en la siguiente tabla. b. En el Informe IV Trimestre de Proyectos de Inversión – Vigencia 2021, algunos valores registrados en las columnas de “compromisos” y “% de ejecución”, no concuerdan con los valores y porcentajes registrados en el “informe de ejecución presupuestal con corte al 31 de diciembre de 2021” presentado por la Subdirección Administrativa Financiera tal como se muestra en la siguiente tabla donde se muestra de los proyectos existentes:

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

Página 5 de 9

Descripción del Proyecto	Compromiso	% de Ejecución	Página del informe
Fortalecimiento de la capacidad y Calidad Científica de los ensayos realizados en los laboratorios Forenses Nacional	45.119.571.733 -4.506.118.689,83	96,00 -95,8	Página 2
Mejoramiento de la capacidad en el desarrollo de la Búsqueda e identificación de personas desaparecidas, enfoque diferencial y atención psicosocial a las víctimas en el nivel nacional	3.901.000.000 -3.537.355.348,90	91,04 -90,68	Página 3
Mejoramiento de la capacidad de análisis en pruebas de ADN a nivel Nacional	3.612.520.419 3.611.830.457,00	97,37 -97,35	Página 4
Mejoramiento de los procedimientos y de la capacidad de respuesta en los servicios de patología forense a nivel nacional (REC 20-21)	7.830.210.931 7.822.783.328,00	78,21 -78,13	Página 6

* Informe del IV Trimestre de Proyectos de Inversión del 2021

* Informe de Ejecución Presupuestal con corte al 31 de diciembre de 2021.

- c. Para los Proyectos de Inversión de: “Fortalecimiento de la capacidad y calidad científica de los ensayos realizados en los laboratorios forenses nacional”, en el indicador de “Investigaciones realizadas en laboratorios forenses” se pudo observar que, a diciembre del 2021, la meta establecida en el sphi.dnp.gov.co fue sesenta y una (61) investigaciones y en el Anexo A Código DG-E-P-008-V06-F01, hoja 2. Seguimiento “Seguimiento Mensual a Proyectos de Inversión” en la columna meta actual 2021, se registró sesenta y un mil (61.000) investigaciones. Para el proyecto “Mejoramiento de los procedimientos y de la capacidad de respuesta en los servicios de patología forense a nivel nacional”, para el indicador “Salas de necropsia dotadas” se pudo observar, que, a junio del 2022, la meta 2022 establecida en el sphi.dnp.gov.co es de veinte (20) salas y en el Formato DG-E-P-008-F-00-V7, hoja 2. Seguimiento “Seguimiento Mensual a Proyectos de Inversión” en la columna meta actual 2022 es de veinticuatro (24) salas.

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	El Proceso de Gestión de la Planeación Institucional no asegura que las comunicaciones internas y externas pertinentes cumplan con las siguientes actividades: Qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar y quién comunica.
Requisito aplicable:	1. Resolución 1519 de 2020, Anexo 2 Estándares de Información, numeral 4.3 2. NORMA NTC-ISO 9001:2015. – Numeral 7.4 3. MIPG - 7ª DIMENSIÓN – Componente de Información y Comunicación

**Evidencia objetiva:**

No se evidencia la publicación en la sección de transparencia del portal institucional de los informes trimestrales de ejecución y seguimiento del Plan Operativo Anual vigencia 2021 y lo transcurrido del 2022 (primero y segundo) tal como lo establece el anexo 2, de la Resolución 1519 de 2020.

Se muestran evidencias de entidades públicas que reportan en la sección de transparencia de su portal institucional, lo establecido en la Resolución 1519 de 2020, Anexo 2, numeral 4.3.

- a. FISCALIA GENERAL DE LA NACION:
<https://www.fiscalia.gov.co/colombia/gestion/plan-de-accion/>
- b. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO
<https://www.minjusticia.gov.co/ministerio/Paginas/plan-de-accion.aspx>
- c. DEPARTAMENTO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA:
<https://www.funcionpublica.gov.co/indicadores>
- d. MINISTERIO DE LAS TICS
<https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Planes/Planes-de-Accion/>

NO CONFORMIDAD No. 3**Descripción:**

El Proceso de Gestión de la Planeación Institucional no asegura la gestión eficaz de las acciones preventivas y correctivas como lo establece el Instituto.

Requisito aplicable:

1. Norma NTC-ISO 9001:2015 - Numeral 10.2
2. MIPG - 7a Dimensión – Componente: Monitoreo y Seguimiento
3. Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora, Código DG-C-P-014- V13–Numeral 7.4.4.
4. Procedimiento de Gestión de Indicadores Institucionales, código DG-E-P-023-V7, Actividad 3, Tarea 6.

Evidencia objetiva:

Se evidencia que las siguientes no conformidades fueron cerradas después de la fecha de cierre proyectada así:

- a. No Conformidad Real 2438 - Fecha de registro: 2021-11-02. Fecha de cierre proyectada 2022-04-22. Fue cerrada el 2022-06-09 (dos meses después aproximadamente). Esta no conformidad fue cerrada pero no fue eficaz porque en el proceso de auditoría actual se presentó el mismo hallazgo (ver No Conformidad No.1 del presente informe).
- b. No Conformidades Potenciales No.874, 888, 889 y 890 no cumplen con las fechas de cierre programada (2021-12-31), las mencionadas fueron cerradas el 2022-02-18, 2022-04-01, 2022-04-01 y 2022-02-18.
- c. Los indicadores de Proyectos de Inversión tales como: avance financiero, avance físico y avance de gestión de la vigencia 2021, del cuarto trimestre no cumplieron la meta establecida, lo cual conlleva a la necesidad de generar una acción correctiva, preventiva o de mejora. Dentro de la auditoría no se contó con el registro de esta acción.



NO CONFORMIDAD No. 04

Descripción

El Proceso de Gestión de la Planeación Institucional no asegura que los controles establecidos sean eficientes para el diseño, implementación, seguimiento y monitoreo a las políticas institucionales.

Requisito aplicable:

1. Norma NTC-ISO 9001:2015 - Numeral 8.5.1
2. MIPG - 7a Dimensión – Componente: Monitoreo y Supervisión.
3. Procedimiento de Planeación Estratégica, código DG-E-P-019-V8, Numeral 7.4.

Evidencia objetiva:

Se evidencia la falta de control en la revisión y seguimiento **de las (18) políticas institucionales**, ya que después de ser verificadas en la auditoría, solo (2) cumplen con las características establecidas en el numeral 7.4.4, tarea 2 del Procedimiento de Planeación Estratégica, lo anterior equivale al **(11%)**, el porcentaje restante requiere actualizarse, tanto en su estructura, normatividad vigente, términos incluidos, indicadores, como en la frecuencia de su monitoreo y seguimiento, así como en el estándar del informe de avance de implementación (Ver cuadro siguiente).

POLITICA INSTITUCIONAL	Política de Comunicación Institucional	Política de Gestión del Riesgo	Política del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Política de Formación del Plan Institucional de Formación y Capacitación en el Instituto	Lineamientos sobre Implementación de Datos Abiertos en el Instituto	Políticas del Proceso de Certificación de Peritos Forenses	Políticas Contables y de Operación Financiera	Política de Seguridad de la Información	Política de Gestión Documental
ESTRUCTURA									
Definición	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Objetivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Implementación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Responsables	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Monitoreo	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Seguimiento y Evaluación	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Acto Administrativo	Resolución No. 1147 del 22 OCT 2015	Resolución No. 858 del 14 JUL 2019	Resolución No. 662 del 20 SEP 2013	Resolución No. 617 del 13 AGO 2015	Circular No. 3113 del 28 SEP 2017	NO hay acto administrativo	Resolución No. 776 del 25 SEP 2017	Resolución No. 837 del 22 NOV 2017	Resolución No. 864 del 15 OCT 2017
Publicación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Número de Políticas	1	2	3	4	5	6	7	8	9

POLITICA INSTITUCIONAL	Política de Gestión Estratégica del Talento Humano	Política de Austeridad del Gasto Público	Política de Prevención del daño antijurídico en el INMLCF para la vigencia fiscal 2022 y 2023	Política de Privacidad y Protección de Datos Personales	Política Institucional de Servicio al Ciudadano	Política para las Quejas recibidas de los clientes o de otras partes interesadas	Política de privacidad y condiciones de uso del sitio web	Política Institucional para la Protección al Denunciante	Política de Control Interno
ESTRUCTURA									
Definición	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Objetivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Implementación	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
Responsables	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Monitoreo	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Seguimiento y Evaluación	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Acto Administrativo	Resolución No.341 del 5 MAY 2021	Resolución No.573 del 24 AGO 2021	Resolución No.188 del 28 ENE 2022	Resolución No.17 del 10 ENE 2020	Resolución No.118 del 08 MAR 2018	No hay acto administrativo	Resolución No.180 del 6 ABR 2017	Resolución No.623 del 30 AGO 2019	No hay acto administrativo
Publicación	SI	SI	NO	PARCIAL (No está entre las políticas institucionales)	SI	SI	PARCIAL (No está entre las políticas institucionales)	SI	NO
Número de Políticas	10	11	12	13	14	15	16	17	18

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Evaluar la posibilidad de reconsiderar los siguientes aspectos que contribuyen al desarrollo del Proceso de Gestión de la Planeación Institucional:

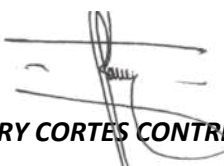
- Reconsiderar la frecuencia de revisión de actualización del “Contexto Estratégico Institucional” para que sea realizado anualmente, teniendo en cuenta que:
 - Los factores internos y externos en una organización están en permanente cambio y ellos pueden afectar el cumplimiento de la consecución de los Objetivos Institucionales.
 - 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.
- Incluir en todos los informes elaborados por la Oficina de Planeación, los registros de: elaboración, verificación y aprobación del documento.

**CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA**

Realizada la auditoría se puede concluir que:

1. El Proceso de Gestión de la Planeación Institucional está dando cumplimiento a la Planeación Estratégica y Proyectos de Inversión para el logro de los objetivos Institucionales, sin embargo, se requiere implementar controles en los registros del seguimiento y monitoreo de los proyectos de inversión para evitar exceder los límites de las reservas presupuestales y el incumplimiento a los indicadores, asociados a los proyectos.
2. Evaluada la oportunidad y eficacia del tratamiento de los riesgos, se concluye que se está realizando de manera adecuada las etapas la identificación, pero se debe mejorar en la etapa de análisis (riesgo inherente), valoración (riesgo residual), en la efectividad de los controles y el cierre oportuno de acciones establecidas para evitar su vencimiento.
3. Se viene dando cumplimiento a los objetivos de la Planeación Estratégica; al corte de diciembre 2021 se obtuvo un alcance del 98% de cumplimiento de los planes operativos.

Se realizó parte de la etapa de ejecución en forma remota y presencial 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 CORTES CONTRERAS**2022-09-12**