

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

Página 1 de 7

ID DE LA AUDITORIA:	PROCESO A AUDITAR:	UNIDAD ORGANIZACIONAL:	FECHA DE AUDITORIA:
AI-23-2022	GESTION DEL SISTEMA DE EVALUACION Y CONTROL - CONTROL INTERNO	Oficina de Control Interno	Planeación: 2022-11-21 a 2022-11-25 Ejecución 2022-11-28 a 2022-12-02 Informe: 2022-12-05 a 2022-12-12

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Verificar que las actividades desarrolladas en las unidad auditable que hacen parte del el proceso de Gestión del Sistema de Evaluación y Control - Oficina de Control Interno, 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 AUDITORÍA

Desde el 1 de enero de 2022 a la fecha de la auditoría interna.

CRITERIOS DE AUDITORIA:**NTC-ISO 9001:2015**

- Numeral 6 Planificación
- Numeral 7 Recursos
- Numeral 8 Operación
- Numeral 9 evaluación de desempeño
- Numeral 10 Mejora

MIPG 7a Dimensión**PROCEDIMIENTOS INTERNOS RELACIONADOS****NORMATIVIDAD RELACIONADA**

Ley 87 de 1993 y demás normas internas y externas que le apliquen.

Resolución 000261 de 2018; por la cual se reestructura el Comité de Coordinación de Control Interno.

AUDITOR LÍDER:	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S)	EXPERTO(S) TÉCNICO(S)	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN
Martha Lucía Ayala Mora	Martha Eugenia Martínez Barbosa	Jorge Antonio Gonzáles Tobito	No aplica

ASPECTOS FAVORABLES

1. La disponibilidad de los servidores públicos de la oficina de control interno para atender el ejercicio de la auditoria, ya que permite el cumplimiento del objetivo en busca del mejoramiento continuo.
2. Comunicación eficaz por parte del responsable del proceso / jefe de la oficina de control interno para atender la auditoría.
3. Vale la pena resaltar la disposición de los archivos electrónicos, los cuales están organizados de manera adecuada y de fácil consulta.
4. Es de destacar que la información solicitada se suministró de manera ágil y oportuna.
5. Manejo adecuado de la aplicación Isolucion por parte de los servidores públicos auditados.



DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

No Conformidad No. 1

Descripción:	No se garantiza que la revisión, el cumplimiento y la disposición de toda la información documentada se realice como lo tiene establecido el INMLCF.																			
Requisito aplicable:	• Norma NTC-ISO 9001:2015, Requisito 7.5.2 c) y 7.5.3.2 b) y d) • Procedimiento Control de documentos código DG-E-P-001, Actividad 8, Tarea 6. • Procedimiento Gestión documental código DG-A-P-012, versión 5, Actividad 2, Tarea 5. • Procedimiento Control de registros, código DG-E-P-002 versión 11, Actividad 1, Tarea 3. • Instructivo Uso de imagen institucional código DG-E-I-005 versión 7																			
Evidencia objetiva:	1. Durante el desarrollo de la auditoría, se evidenciaron en la plataforma Isolucion registros de Revisión de documentos del Sistema Integrado de Gestión SIG, Código DG-E-P-001-F-002 versión 18 de fecha 2022-03-31, para los siguientes procedimientos: a. Auditorías Internas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, código DG-C-P-015 versión 12: en los campos “NORMATIVIDAD” y “RECURSOS” se registró que “No requiere modificación”, pero el procedimiento vigente menciona en estos ítems, normatividad, guías y manuales en versiones desactualizadas (resolución 000123 del 2019 derogada en el 2020, manual operativo MIPG versión 3, estando vigente la 4 desde el 2021, guía de auditorías para entidades públicas del DAFP versión 3, estando vigente la 4 desde el 2020) b. Asesoría y acompañamiento en el sistema de control interno, código DG-C-P-016 versión 5, en el campo “NORMATIVIDAD” se registró que “No requiere modificación”, pero el procedimiento vigente menciona una normativa desactualizada (resolución 000123 del 2019 derogada en el 2020). 2. Se revisó el Archivo de Gestión y la Serie Documental – ACTAS de los años (2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022) y de acuerdo con la Tabla de Retención Documental – TRD de la Oficina de Control Interno, el cual tiene establecido (2) años en gestión, se evidenció que no se ha realizado la transferencia de las Actas de Comité de Coordinación de Control Interno con los tipos documentales (convocatoria, actas y anexos) de las vigencias 2019 hacia atrás. 3. En el Listado Maestro de Registros, código DG-E-P-002-F-001, con fecha de actualización 2022-11-04, se encontró lo siguiente: <table><tr><th>Registro</th><th>Código</th><th>Hallazgo</th></tr><tr><td>Matriz de consolidación de hallazgos</td><td>DG-C-P-015-F006-V-12</td><td>1. En la columna recolección del registro se describe como responsable de la recolección “auditor líder” pero en el documento respectivo se referencia como responsable Jefe Oficina de Control Interno 2. No se definen criterios en las columnas archivo de gestión, archivo central, y no se identifica disposición final del registro</td></tr><tr><td>Listado maestro de registros</td><td>DG-C-P-002-F001</td><td>1. se establece recolección del registro; pero no se establecen criterios de finidos para archivo de gestión, archivo central y disposición final</td></tr><tr><td>Modelo de oficio institucional</td><td>DG-E-I-005-AX003</td><td>1. Se definen criterios para los ítems: recolección del registro, respaldo Backus, archivo de gestión, archivo central; pero este no corresponde a un registro sino a un anexo</td></tr><tr><td>Solicitud de servicio de transporte</td><td>DG-A-P-044-F01</td><td rowspan="3">1. se definen criterios de recolección del registro y frecuencia; pero no se definen criterios para archivo de gestión, archivo central y disposición final</td></tr><tr><td>Solicitud de servicios de mantenimiento</td><td>DG-A-P-10-v06-F01</td></tr><tr><td>Solicitud de elementos</td><td>DG-A-P-019-F002</td></tr></table> 4. En los “Informes Entes de Control” publicados en la página web institucional no cumple con lo establecido en Instructivo Uso de imagen institucional código DG-E-I-005 versión 7, NOTAS IMPORTANTES: “Todos los informes Institucionales publicados en la página web de la Entidad deben tener portada que cumpla con las especificaciones dadas en este instructivo así como paginación, encabezado y/o pie de página (con el nombre del informe y de la Institución), en todo el documento para que el lector este siempre ubicado”.	Registro	Código	Hallazgo	Matriz de consolidación de hallazgos	DG-C-P-015-F006-V-12	1. En la columna recolección del registro se describe como responsable de la recolección “auditor líder” pero en el documento respectivo se referencia como responsable Jefe Oficina de Control Interno 2. No se definen criterios en las columnas archivo de gestión, archivo central, y no se identifica disposición final del registro	Listado maestro de registros	DG-C-P-002-F001	1. se establece recolección del registro; pero no se establecen criterios de finidos para archivo de gestión, archivo central y disposición final	Modelo de oficio institucional	DG-E-I-005-AX003	1. Se definen criterios para los ítems: recolección del registro, respaldo Backus, archivo de gestión, archivo central; pero este no corresponde a un registro sino a un anexo	Solicitud de servicio de transporte	DG-A-P-044-F01	1. se definen criterios de recolección del registro y frecuencia; pero no se definen criterios para archivo de gestión, archivo central y disposición final	Solicitud de servicios de mantenimiento	DG-A-P-10-v06-F01	Solicitud de elementos	DG-A-P-019-F002
Registro	Código	Hallazgo																		
Matriz de consolidación de hallazgos	DG-C-P-015-F006-V-12	1. En la columna recolección del registro se describe como responsable de la recolección “auditor líder” pero en el documento respectivo se referencia como responsable Jefe Oficina de Control Interno 2. No se definen criterios en las columnas archivo de gestión, archivo central, y no se identifica disposición final del registro																		
Listado maestro de registros	DG-C-P-002-F001	1. se establece recolección del registro; pero no se establecen criterios de finidos para archivo de gestión, archivo central y disposición final																		
Modelo de oficio institucional	DG-E-I-005-AX003	1. Se definen criterios para los ítems: recolección del registro, respaldo Backus, archivo de gestión, archivo central; pero este no corresponde a un registro sino a un anexo																		
Solicitud de servicio de transporte	DG-A-P-044-F01	1. se definen criterios de recolección del registro y frecuencia; pero no se definen criterios para archivo de gestión, archivo central y disposición final																		
Solicitud de servicios de mantenimiento	DG-A-P-10-v06-F01																			
Solicitud de elementos	DG-A-P-019-F002																			

Evidencia objetiva:

9. Informes Entes de Control	Informe
1. Control Fiscal - 1.1. Seguimiento	Informe Consolidado de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la República - CGR, Periodo de 1 enero a junio 30 de 2022. Informe Consolidado de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la República - CGR, Periodo de julio 1 a diciembre 31 de 2021.
2. Control Contable - 2.1. Control Interno Contable	Informe Evaluación del Control Interno Contable Vigencia 2021. Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.
2. Control Contable - 2.2. Informes de Seguimiento de Acreencias	Informe de Seguimiento a las Acreencias a favor de la Entidad pendientes de pago a 31 de mayo de 2022.
5. Control Presupuestal - 5.1. Informes de Ejecución Presupuestal	Informe de Seguimiento Cajas Menores Año 2022 Informe de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal - 1 julio a 30 septiembre de 2022. Informe de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal - 1 abril a 30 junio de 2022. Informe de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal - 1 enero a 31 marzo de 2022. Informe de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal. Octubre 1 a diciembre 31 de 2021.
5. Control Presupuestal - 5.2. Austeridad del Gasto	Informe de Seguimiento a la Austeridad y Eficiencia del Gasto Público. Tercer Trimestre de 2022. Informe de Seguimiento a la Austeridad y Eficiencia del Gasto Público. Segundo Trimestre de 2022. Informe de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público. Primer Trimestre de 2022.
6. Control Jurídico - 6.1. Informe al Comité de Conciliación	Informe de Seguimiento Funciones Comité de Conciliación Segundo Semestre de 2021. 6.1.1 Informe al Comité de Conciliación I semestre 2022
8. Control Administrativo - 8.1. Informe Pormenorizado del Control Interno Ley 1474	Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno. Primer Semestre de 2022. Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno. Segundo semestre de 2021.
8. Control Administrativo - 8.2. Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno	Informe de Gestión Oficina de Control Interno. Vigencia 2021
8. Control Administrativo - 8.8. Informes SIGEP	Informe de Seguimiento y Monitoreo del estado actual de la información registrada por el Instituto en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP). A julio 31 de 2022.
9. Control Social - 9.1. Evaluación de audiencia Rendición de Cuentas	Conclusiones Acta: Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Vigencia año 2021.
9. Control Social - 9.2. Mesas de participación ciudadana	Informe de seguimiento a mesas de participación del primer y segundo cuatrimestre 2022.



Descripción:	No se asegura el cumplimiento de todos los requisitos establecidos para la elaboración del Programa Único Nacional de Auditorías PUNAS.
Requisito aplicable:	• Norma NTC-ISO 9001:2015 – Requisito 8.2.2.a) • Procedimiento Auditorías Internas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, código DG-C-P-015 versión 12. Actividad 1, Tarea 1 - Pautas para el diligenciamiento del programa único nacional de auditorías – PUNAS
Evidencia objetiva:	En el desarrollo de la auditoría se revisó el Programa Único Nacional de Auditorías PUNAS publicado en la página institucional, donde se encontró en Criterios de Auditoría y/o Documentos de Referencia lo siguiente: Ítem 1. AUDITORÍAS INTERNAS • Requisitos del Sistema Integrado de Gestión - SIG con errores en la codificación, inexistentes o desactualizados al momento de aprobar el PUNAS 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. Respuestas a Tutelas presentadas en contra del INMLCF DG-A-F-001. Respuestas Acciones de Tutelas-Formato. DG-A-F-002 Impugnación de Acciones de Tutelas. Formato . DG-A-P-004. Caracterización de Procesos Soporte Jurídicos. GG-A-P. DG-A-P-116- Proceso de Incumplimientos . DG-A-I-042-V05-042 - Supervisión de Contratos DG-A-P-104-V07-104 - Gestión Contractual en el INMLCF DG-M-P-132-F-003. CRONOGRAMA PROCESOS CONTRACTUALES. Formato.4. • Documentos referenciados no aplicables a la auditoría. AUDITORÍA PROCESO -GESTION DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Resolución 830 de 2019, Artículo 1, numeral 1,3 • Requisito legal faltante o desactualizado al momento de aprobar el PUNAS DG-A-GUIA-004-V3-004_ Guía general para la contratación en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ley 1712 de 2014 Ley de transparencia y el Derecho de Acceso a la Información. Ítem 3. ELABORACION DE INFORMES DE LEY • Normatividad sin año de expedición, faltante o desactualizada; resoluciones y circulares no registra si corresponden a internas o externas. Resolución No. 000987 del 29 de diciembre de 2017. Resolución No. 00312 de 2017 Resolución No. 000951 Circular 001 de 2011



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 5 de 7

Descripción:	No se garantiza el total control de la provisión del servicio de las actividades implementadas bajo las disposiciones controladas de los documentos del SIG.				
Requisito aplicable:	• Norma NTC-ISO 9001:2015, Requisito 8.5.1 • Procedimiento Auditorías Internas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, código DG-C-P-015 versión 12. Actividad 3 - Pautas para la ejecución de las auditorías”, código DG-C-P-015-AX-002 versión 13, numeral 5.				
Evidencia objetiva:	1. Se evidencia que no se dio cumplimiento a lo indicado en el procedimiento código DG-C-P-015 versión 12 en el ítem 7.2. GENERALIDADES, numeral 6. “.....Habrà un periodo de transición de dos (2) años para la implementación del módulo de auditorías en ISOLUCION”, el plazo establecido para su cumplimiento venció el 2022-04-20 y a la fecha no se tiene implementado en su totalidad el módulo de auditorías.				
	2. En el desarrollo de la auditoría se revisaron los expedientes electrónicos de las auditorias ejecutadas y se identificó que no se está dando cumplimiento al tiempo establecido (40) días calendario para la entrega de la documentación de la auditoria al funcionario responsable en la Oficina de Control Interno, así:				
	ID auditoría	Proceso	Fecha Auditoría	Fecha Máxima entrega información	Documentos Pendientes
	AI-02-2022	Gestión de la comunicación	del 2022-03-28 al 2022-05-06	2022-06-15.	Acta de reunión cierre.
	AI-08-2022	Gestión de planeación institucional	del 2022-08-01 al 2022-09-08	2022-10-24.	Compromiso ético auditor, Evaluación, Informe resumen, Aprobación una (1) acción.
AI-13-2022	Administración del SIG	del 2022-09-05 al 2022-10-14	2022-11-23.	Compromiso ético auditor, Carta representación entrega de información, Acta de apertura, Acta de cierre, Lista de verificación, Evaluación, Informe resumen, Aprobación acciones.	
3. Se revisó el procedimiento Entrenamiento y reentrenamiento en temas de control interno y auditorías, código DG-C-P-019 versión 3 y se encontró lo siguiente:					
a. El objetivo y alcance del procedimiento Entrenamiento y reentrenamiento en temas de control interno y auditorías, código DG-C-P-019 versión 3, establece que aplica para los auditores internos del instituto, sin embargo en entrevista con el líder del proceso manifestó que este procedimiento solo va dirigido a los auditores internos de la oficina y no a los auditores de apoyo, por lo tanto el objetivo y alcance de este documento no es claro.					
b. En el ítem de Definiciones se indica que “no aplica”, pero durante la entrevista se determinó que para el desarrollo del procedimiento se utilizan términos que son necesarios para la comprensión y uso del documento, por ejemplo (auditores de apoyo, auditores internos de oficina, entrenamiento y reentrenamiento).					
c. Se revisaron los registros correspondientes a la evaluación individual de entrenamiento y reentrenamiento de auditores internos, código DG-C-P-019-F-003 versión 03, donde se registra evaluación de la funcionaria Leonor Osorio Mayorga de fecha 2022-03-31, pero en dicho registro no es claro para la evaluación del módulo 1. si la evaluación corresponde a un entrenamiento o reentrenamiento, ya que se marcan las dos casillas correspondientes. En el mismo registro “observaciones” se referencia que se realiza reentrenamiento y entrenamiento a la funcionaria, cabe aclarar que la actividad corresponde al “entrenamiento” debido a que la funcionaria es nueva en la unidad organizacional.					

No Conformidad No. 4

Descripción:	No se asegura el total cumplimiento al Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor del INMLCF.
--------------	---



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 6 de 7

Requisito aplicable:	Resolución 1135 del 18 de diciembre de 2018, por la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor del INMLCF.
Evidencia objetiva:	Se evidenció que se cumple parcialmente con lo establecido en la Resolución 1135 del 18 de diciembre de 2018, por la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor del INMLCF, en el capítulo III, artículo 7. "RESPONSABILIDADES DE LA AUDITORÍA INTERNA", así: Ítem (f): Informar a la alta dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el resultado de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas. En entrevista con el líder del proceso se informó que esta actividad solo se realiza con los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la República. Ítem (i): Desarrollar y mantener un programa de aseguramiento y mejora de la calidad, con el cual respalde la calidad de las actividades de Auditoría Interna y el cumplimiento de las Normas Internacionales de Auditoría. Comunicar los resultados del programa de aseguramiento y mejora de la calidad a la alta dirección. Se evidencia que aunque se están adelantando actividades de aseguramiento de calidad; no se ha generado el "Programa de aseguramiento y mejora de la calidad de las actividades de auditoría interna y el cumplimiento de las normas internacionales de auditoría", ni se ha informado el seguimiento de dicho programa a la alta dirección.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Diseñar e implementar un documento en el que se establezcan las pautas generales para preparar y presentar los informes externos e internos de orden legal, los requeridos por organismos de control, autoridades administrativas, autoridades internas, los que por iniciativa propia se elaboren producto de evaluaciones o seguimientos con enfoque preventivo, diagnósticos, estudios, análisis y demás, periódicos o no, o los solicitados por cualquier parte interesada, grupo de interés o de valor del Instituto, que pueda elaborar la oficina de control interno en el marco de sus funciones y competencia, distintos a los de auditoría.
- Establecer una evaluación de si los auditores aplican el Código de Ética del Auditor Interno (Art. 16-16, Resolución 1135 de 2018), valorando el acogimiento y cumplimiento de las reglas de conducta de cada uno de los principios señalados en dicho código; o en su defecto, o como complemento, establecer criterios objetivos que permitan evaluar su desempeño, no la persona, en el marco de la actividad de auditoría; con fundamento en las competencias comportamentales, comunes y las asociadas al proceso Gestión del Sistema de Evaluación y Control, cuidando de establecer, no solo las variables, sino también los rangos para la valoración o calificación, la forma o fórmula de cálculo y los rangos e interpretación de los resultados y las recomendaciones.
- Incluir, durante la formulación del PUNAS, todos los temas y obligaciones que le competen a la Oficina de Control Interno conforme lo establecido en la Ley 87 de 1993, en el marco de cada uno de los roles establecidos en el Decreto 648 de 2017, y desarrollados en la *Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces*, de diciembre de 2018 del DAFP.
- Revisar los indicadores establecidos en la caracterización del proceso Gestión del Sistema de Evaluación y Control, código DG-C-CARACT-007, versión 5, en cuanto a su eficacia y el cumplimiento de los objetivos, asimismo, que la medición de los resultados permita obtener mejora. Igualmente, verificar las actividades del ciclo PHVA, debido a que no todas las salidas se encuentran alineadas con las entradas y proveedores del proceso descrito.
- Incluir en el procedimiento de Auditorías Internas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, código DG-C-P-015, cuantas evaluaciones se deben suministrar para cada proceso auditado y así asegurar la medición del nivel de aceptación que tienen los auditores internos.
- Revisar errores de digitación, de tipo ortográfico o tipográfico en la elaboración de documentos del proceso (acto administrativo, anexos, caracterización, introducción informes, recomendaciones, fechas de elaboración de informes, entre otros).
- Publicar en la página web las actualizaciones realizadas al Programa Único Nacional de Auditorías PUNAS.
- Incluir anualmente en el Programa Único Nacional de Auditorías PUNAS, la auditoría interna al proceso Gestión del Sistema de Evaluación y Control – Control Interno.
- Cumplir con la totalidad de asesorías programadas a las unidades organizacionales en PANA, asimismo, realizar las actividades en los tiempos establecidos por la Oficina de Control Interno (planeación, ejecución y entrega del informe).

**CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA**

Se verificaron las actividades desarrolladas en el proceso de Gestión del Sistema de Evaluación y Control - Oficina de Control Interno, y de acuerdo con el objetivo y al resultado del ejercicio de la Auditoría, el equipo auditor concluye lo siguiente:

- ✓ Se verificó el cumplimiento de los requisitos de la norma técnica colombiana NTC-ISO 9001:2015.
- ✓ La auditoría se desarrolló de manera satisfactoria, permitiendo identificar fortalezas (5) y oportunidades para la mejora (9), asimismo, se detectaron (4) No Conformidades en el proceso de Gestión del Sistema de Evaluación y Control – Control Interno.
- ✓ Se evaluaron los riesgos de gestión para el proceso de “*Gestión del Sistema de Evaluación y Control – Control Interno*”, igualmente, se logró identificar que estos riesgos se están gestionando para la formulación del PUNAS vigencia 2023.
- ✓ Es importante fortalecer el seguimiento y análisis del resultado de la eficacia del proceso de Gestión del Sistema de Evaluación y Control – Control Interno, a fin de fomentar la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.

AUDITOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)		FECHA DE ELABORACIÓN
Martha Lucía Ayala Mora <i>Martha Lucía Ayala Mora</i>		2022-12-12