



# 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-06-2023          | ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Dirección General<br>Secretaría General<br>Subdirectores<br>Directores Regionales<br>Representante del SIG<br>Grupo Nacional de Mejoramiento Continuo del SIG | <b>Planeación:</b> 2023-10-09 2023-10-24<br><b>Ejecución:</b> 2023-10-25 2023-11-24<br><b>Informe:</b> 2023-11-27 2023-12-07 |

### OBJETIVOS DE LA AUDITORIA:

1. Evaluar la eficacia y eficiencia de la administración del SIG basado en el cumplimiento normativo para el logro de los objetivos institucionales, la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y partes interesadas.
2. Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento (Acciones Preventivas y Acciones Correctivas) producto de las auditorías internas
3. Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos asociados al proceso auditado
4. Verificar cumplimiento de los objetivos estratégicos relacionados con el proceso auditado.

**ALCANCE DE LA AUDITORIA:** En el periodo comprendido entre la última auditoría hasta la fecha de la presente auditoría, para los documentos definidos en la columna denominada "CRITERIOS DE AUDITORIA" y las definidas en la columna denominada "UNIDAD(ES) ORGANIZACIONAL".

### CRITERIOS DE AUDITORIA:

NTC-ISO 9001:2015  
Numerales 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10

MIPG 7a Dimensión

#### DOCUMENTOS DEL SIG RELACIONADOS

DG-E-CARACT-045 Administración del SIG  
DG-E-P-001 Control de Documentos  
DG-E-P-002 Control de Registros  
DG-M-P-125 Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios en el INML y CF  
DG-E-P-023 Gestión de Indicadores Institucionales  
DG-E-P-022 Gestión de Riesgos  
DG-MANUAL-001 Manual del SIG  
DG-E-P-025 Planificación de los cambios en el SIG  
DG-E-P-003 Revisión del SIG por la alta dirección

#### NORMATIVIDAD EXTERNA E INTERNA RELACIONADA

Resolución 000403 de 2020; por la cual se ajusta y actualiza la composición del SIG  
Acuerdo 08 del 2012 "Por la cual se desarrolla la estructura interna del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y se establecen funciones",  
Resolución 000830 del 2019, "Por la cual se actualizan los grupos internos de trabajo y se establecen sus funciones y se dictan otras disposiciones"  
Resolución 000172 de 2023. "Por la cual se actualizan los grupos internos de trabajo, establecen sus funciones y dictan otras disposiciones"  
Resolución 000380 de 2023-06-09

**Demás normas vigentes que apliquen al proceso a auditar**

### CAMBIOS (Si aplica)

Con autorización de la Jefatura de Control Interno, se adiciona (2) dos días a la fase de planeación por Licencia por enfermedad (incapacidad médica) de auditora líder.



# INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

## INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 2 de 7

|                                                |                                                        |                                              |                                                               |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>AUDITOR LÍDER:</b><br><br>GENOVEVA GONZALEZ | <b>AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S)</b><br><br>ROBERTO PABON | <b>EXPERTO TÉCNICO (S)</b><br><br>No Aplica. | <b>AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NOMBRE(S)</b><br><br>EDGAR RAMOS |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

A continuación, se presentan las no conformidades y un resumen de los aspectos favorables y evidencias de la Auditoría al Proceso *ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION*, así como la conclusión registrada en el informe original.

### ASPECTOS FAVORABLES

- Excelente disposición y actitud receptiva del personal evaluado. La colaboración activa y la disposición para abordar las inquietudes planteadas, que contribuyeron positivamente al desarrollo fluido de la auditoría.
- Compromiso con la actualización y mantenimiento de las acreditaciones, que incluye el proceso de certificación de peritos forenses, enfoque que asegura la aplicación constante de estándares nacionales e internacionales en la prestación de servicios, fortaleciendo la credibilidad y la calidad de los procesos auditados.
- Progreso significativo en la modificación de los procedimientos aplicables al alcance auditado. Este avance refleja la capacidad de adaptación y la disposición para optimizar los procesos en función de las mejores prácticas.
- Compromiso por parte del Jefe de la Oficina de Planeación como representante de la Dirección para la implementación y fortalecimiento continuo del Sistema Integrado de Gestión y para el desarrollo de la presente auditoría.
- Enfoque estructurado del SIG, donde los procesos están claramente definidos. Con una estructura que proporciona una visión integral de cómo se llevan a cabo las actividades y se interrelacionan entre sí.

### DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

#### NO CONFORMIDAD No. 1

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción:</b>         | El procedimiento documentado y aprobado del INMLCF para la gestión de Riesgos DG-E-P-022 <i>GESTIÓN DE RIESGOS</i> . Versión 8 no ha adoptado las actualizaciones de la metodología para la administración del riesgo proporcionada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Requisito aplicable:</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• NTC-ISO 9001:2015 numeral 6.1.1. Planificación del SIG relacionado con ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES y numeral 10.2 e)</li><li>• Modelo Integrado de Planeación y gestión: MIPG Dimensión 7 Componente 2 Evaluación del riesgo.</li><li>• Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022.</li><li>• Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.5</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Evidencia objetiva:</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• El mapa de riesgos institucional no ha incorporado las actualizaciones relacionadas con la inclusión del análisis del <b>riesgo fiscal</b> como lo contempla la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022, página 66 a la 82</li><li>• El mapa de riesgos no ha incorporado la actualización relacionada con la <b>valoración del control</b> con el fin de determinar la fortaleza de este frente al riesgo y su mitigación, determinando los atributos y respectivos pesos, conforme lo desarrolla el numeral 3.2.2 valoración de controles de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022.</li><li>• La segunda línea de defensa en las actividades que se encuentran registradas en "<i>Matriz de Monitoreo Mapa Institucional de Riesgos</i>" <b>no establece tendencias, ni genera las recomendaciones</b> para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad,</li></ul> |



# INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

## INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 3 de 7

- los posibles ajustes a los mapas de riesgos y junto con la 1 línea garantizar su aplicación efectiva conforme la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022 páginas 25 y 61.
- La No Conformidad 4 del informe de auditoría AI-13-2022 de fecha 2022-10-14: "Inoportunidad en el seguimiento y evaluación de la eficacia de las **acciones correctivas y preventivas**". (NC 2884) se encuentra abierta (con fecha de cierre registrada para el 30 de noviembre de 2023 en ISOLUCION y el registro de aprobación de C y AC de fecha 10 de enero de 2023 se aprobó y contempló como única fecha de implementación el 30 de agosto 2023), considerando que fue eliminado como riesgo en la presente vigencia, "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022, numeral 3.4.1 página 24
- En la plataforma de ISOLUCION a través del Menú "RIESGOS DAFP V5" o del menú "RIESGOS" no fue posible durante la auditoria visualizar el riesgo del SIG que aparece en el mapa de riesgos institucional (portal institucional) denominado "Posibilidad de Pérdida de Imagen, por la inadecuada toma de decisiones, debido a la inapropiada formulación, medición y análisis de indicadores" conforme la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022 páginas 61. Numeral 4. Información y comunicación

### NO CONFORMIDAD No. 2

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción:</b>         | El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no ha llevado a cabo la determinación ni el cumplimiento regular de los requisitos reglamentarios institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Requisito aplicable:</b> | NTC-ISO 9001:2015. Literal a) numeral 5.1.2.<br>Modelo Integrado de Planeación y gestión: MIPG Dimensión 7 Componente 1 Ambiente de control<br>Resolución 000403 de 2020, Artículo 8. <i>Sesiones de los Equipos SIG</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Evidencia objetiva:</b>  | <p>No se presentaron las <b>Actas trimestrales</b> de los equipos SIG según esta establecido en la resolución 000403 de 2020, de las solicitadas para las Regionales (Bogotá, Sur, Oriente y Norte), se allegaron durante la auditoría las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Bogotá una única Acta de 27 de octubre de 2022</li><li>Sur 4 actas, sin presencia del último trimestre 2022</li><li>Norte presencia de 4 Actas.</li><li>Oriente presencia una única Acta.</li></ul> <p>No se ha <b>actualizado</b> la Resolución 000403 del 3 de julio de 2020, "Por la cual se ajusta y actualiza la composición del Sistema Integrado de Gestión", dado que, no incluía el Grupo Nacional de Mejoramiento Continuo del SIG, creado mediante la Resolución 380 del 9 de junio de 2023, en su artículo 1.4. alineadas con el numeral 5 del artículo 7 del Acuerdo 08 de 2012, para cumplir los requisitos reglamentarios institucionales.</p> |

### NO CONFORMIDAD No. 3

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción:</b>         | La organización no realiza análisis oportuno de datos que surgen de la medición de los indicadores de los procesos, con el fin de evaluar el desempeño de los mismos y la necesidad de mejoras en el SIG.                                                                                                                       |
| <b>Requisito aplicable:</b> | NTC-ISO 9001:2015 numeral 9.1.3 d) y g)<br>Procedimiento institucional DG-E-P-02 7.4.3. Actividad No 3. Realizar la medición y análisis del indicador. Tarea 6 Actividad No 4. Elaborar el informe de indicadores. Tarea 3.<br>Modelo Integrado de Planeación y Gestión: MIPG Dimensión 7 Componente 5 Actividades de monitoreo |
| <b>Evidencia objetiva:</b>  | 1. Se evidenció que para los siguientes <b>objetivos</b> de calidad:                                                                                                                                                                                                                                                            |

“Aumentar el nivel de satisfacción del cliente”; “Mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios forenses”; “Ampliar la aplicación de estándares nacionales e internacionales en la prestación de servicios forenses” y “Asegurar que los peritos del INMLCF declaren sus conflictos de intereses oportunamente con el fin de garantizar a la administración de justicia su imparcialidad”; No se **estableció la magnitud o unidad comparativa** de “aumento” “mejora”, “ampliación y “aseguramiento” respectivamente.

Es así como para el año 2022 el valor de nivel de satisfacción del cliente **disminuyó** un punto con relación al año inmediatamente anterior, careciendo de análisis interno e independiente de las metas que se hayan propuesto de forma periódica y propias del respectivo proceso.

2. Revisados los últimos cuatro (4) informes de indicadores publicados en portal institucional (no se incluye la fecha de publicación, ni responsables de la elaboración de los informes de indicadores) se evidencia que no se realizan análisis relevantes y la información se repite, entre otras en causas comunes y tendencias de similares conclusiones.

- 2.1. Informe 1 trimestre 2023 publicado 25 de julio de 2023 se observa que no hay registros de información para las regionales Bogotá, Nororiente y Oriente, sin embargo, revisadas las comunicaciones internas de la Oficina de Planeación, se cuenta con información proveniente de la regional Oriente (13 de julio)
- 2.2. Informe 4 trimestre 2022 se incluyen datos para el cumplimiento dentro del informe para el cumplimiento en las transmisiones de información contable exigidas para la Contaduría General de la Nación información del mes de septiembre de 2022
- 2.3. Informe 4 trimestre 2022 y 1 trimestre 2023 se registra para estupefacientes el mismo texto: “el comportamiento a nivel nacional muestra que el incumplimiento del indicador es generalizado donde el tiempo de respuesta más elevado se presenta en la Regional Norte y el menor en la Regional Occidente”;
- 2.4. Informe 4 trimestre 2022 y 1 trimestre 2023 se registra como una de las principales causas en tiempos de respuesta para el servicio de patología mismo texto: “aumento en el número de casos y nivel de complejidad de los mismos, acorde a las dinámicas de violencia en la ciudad (especialmente en el mes de diciembre), indica la dirección regional Bogotá...”
- 2.5. Informe 3 trimestre 2022 y 4 trimestre 2022 se registra en el tema de lesiones el mismo texto: “las cinco direcciones regionales restantes presentan un tiempo promedio de respuesta superior a la meta establecida, resaltando el caso de la Regional Suroccidente con un tiempo muy por encima de la meta establecida”
- 2.6. Informe 4 trimestre 2022 y 1 trimestre 2023 en ambos se registra idéntica Tabla 42-Inconvenientes Citaciones a audiencias informe 4 trimestre 2022 con datos sin variaciones.
- 2.7. Informe 3 trimestre 2022 y 4 trimestre 2022 se registra como una de las principales causas de incumplimiento del indicador “el número de casos pendientes de periodos anteriores en casos de análisis de psicofármacos indica la Dirección Seccional Tolima”; para Balística Forense: “demora en la remisión para estudio desde las unidades básicas de la Regional Noroccidente.- demora en la recolección de casos asociados a EMP tipo armas de fuego por parte de los investigadores de policía judicial indica la regional noroccidente”.- gran número de casos pendientes de periodos anteriores con tiempos institucionales significativos informan las Direcciones Regionales Noroccidente , Norte --- sin registrarse análisis específicos y/o acciones para los dos trimestres.
- 2.8. Informe 3 trimestre 2022 y 4 trimestre 2022 y 1 trimestre 2023 para el Organismos de inspección de Física Forense se registra el mismo texto para los tiempos de respuesta así: “se menciona el comportamiento al interior de la Dirección Regional Bogotá que muestra un desfase de aproximadamente 800 días por encima de la meta propuesta, lo que afecta significativamente el comportamiento del indicador a nivel nacional”.
- 2.9. Informe 3 trimestre 2022 y 4 trimestre 2022 y 1 trimestre 2023 en las conclusiones se registra de manera idéntica “En organismos de inspección como Psiquiatría y Psicología, Patología, Documentología, Física y Lofoscopia (excepto Identificación) no fue posible alcanzar la meta definida. Los laboratorios mostraron un resultado desfavorable este trimestre, pues no se alcanza o cumple la meta definida en ninguno de ellos, a nivel nacional”.

3. Durante la auditoria, no se dispone de registros de reuniones de socialización de las mediciones y análisis obtenidos, en las que participan los responsables de los procesos involucrados.

4. Los informes de indicadores de 1 trimestre de 2023 fueron publicados a finales del mes de julio y a la fecha de la auditoria no se ha publicado los informes del 2 trimestre, ni del 3 trimestre de 2023, en específico, se observa una demora recurrente en la entrega y seguimiento de informes, lo cual afecta la eficacia del proceso y puede impactar negativamente la toma de decisiones o la respuesta a situaciones críticas.



5. Los datos de tiempo de respuesta del Laboratorio de Evidencia Traza en el informe de la Revisión por la alta Dirección – Nivel Nacional no coinciden con los de la Revisión por la Dirección Regional Bogotá, ni con las registradas en ISOLUCION.

| DATOS DEL INFORME DE LA REVISION SIG 2022 NACIONAL                                                                           | DATOS DE ISOLUCION 2022                                                                                                                                                                                                                                                        | DATOS DEL INFORME DE LA REVISION SIG 2022 REGIONAL BOGOTA                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Análisis de residuos de disparo. <b>872</b> | Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Análisis de residuos de disparo. <b>201.95</b>                                                                                                                                                | Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Análisis de residuos de disparo. <b>679.8</b>                                                                                                                                                        |
| Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Química Aplicada. <b>553.6</b>              | Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Química Aplicada. <b>222.75</b>                                                                                                                                                               | Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Química Aplicada. <b>510.7</b>                                                                                                                                                                       |
| Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - <b>819.6</b>                                | <b>Para el 4 Trimestre 2022 se registra</b> Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Análisis de residuos de disparo NA y para Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Química Aplicada 433.0 | <b>Para el 4 Trimestre 2022 se registra</b> Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Análisis de residuos de disparo <b>433.0</b> y para Tiempo de respuesta de los informes periciales - Reg. Bogotá - Evidencia traza - Química Aplicada NA |

**NO CONFORMIDAD No. 4**

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción:</b>         | Discrepancia entre el alcance establecido en el documento institucional DG-M-P-125 DISEÑO Y DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS EN EL INML Y CF y lo contemplado para el diseño y desarrollo del servicio pericial a través del DG-M-P-024 VALIDACIÓN Y/O VERIFICACIÓN DE MÉTODOS DE ENSAYO O INSPECCIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, junto con lo contenido en el Manual SIG para la provisión de productos y servicios. |
| <b>Requisito aplicable:</b> | NTC-ISO 9001:2015 numeral 8.3.1 Generalidades de Diseño y Desarrollo<br>Modelo Integrado de Planeación y gestión: MIPG Dimensión 7 Componente 1 Ambiente de control                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Evidencia objetiva:</b>  | Revisados los alcances de los distintos documentos de Diseño y desarrollo institucional se encontró que no hay coincidencia así: <ul style="list-style-type: none"><li>Alcance del DG-E-P-125 Inicia desde la identificación de necesidades de diseño y desarrollo en todos los procesos, hasta la evaluación de la implementación en todas las unidades organizacionales a nivel nacional.</li></ul>                                                        |



## INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

### INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 6 de 7

- Alcance Manual SIG Cada método de ensayo o inspección cuenta con un Procedimiento Estandarizado de Trabajo que está soportado con un informe de la validación siguiendo el procedimiento "Validación y/o verificación de métodos de ensayo o inspección en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses", código DG-M-P-024
- Alcance del DG-M-P-024 Este documento aplica para todos los laboratorios de ensayo incluido el Grupo Nacional de Genética Convenio- ICBF y para los organismos de inspección de documentología y grafología, Física y Iofoscopia, del INMLCF.

### OPORTUNIDADES DE MEJORA

Después de una auditoría bajo la norma ISO 9001:2015 para contribuir al fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión se recomienda estudiar la posibilidad de:

| TEMA                                | SITUACION ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SITUACION DESEABLE                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Información Documentada</b>   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. En el informe de gestión 2022 se reportan 384 documentos, no se incluyen las validaciones o revalidaciones que hacen parte de los tipos documentales institucionales.</li><li>2. El Listado Maestro de Documentos dispone en ISOLUCION los tipos documentales (formatos y anexos) que no están identificados en la pirámide documental y tampoco en lo establecido en el Manual SIG numeral 9.7 párrafo 6</li><li>3. Ítems desactualizados del Manual SIG encontrando:<ul style="list-style-type: none"><li>• Numeral 1.5 se prescinde lo contenido en la resolución 380 de 2023</li><li>• Numeral 5 APLICABILIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN contiene el numeral 6.6 de la NTC-ISO-IEC 17025:2017 "Productos y servicios suministrados externamente"</li><li>• Numeral 8 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN EL SIG carece de actores del SIG</li><li>• Numeral 2 EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES COMO ORGANISMO DE EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD página 9 sin diferenciar entre sedes, disciplinas (organismos de inspección y/o laboratorios)</li></ul></li></ol> | <p>Una concordancia entre los tipos documentales en la pirámide documental y el listado maestro de documentos, para mantener la coherencia y eficiencia en la gestión documental del INMLCF</p> <p>Manual SIG y documentos SIG actualizados.</p> |
| <b>2. Planificación de cambios</b>  | Para los cambios identificados en las diferentes unidades organizaciones, no se visualiza registro en ISOLUCION de las acciones de mejora que se llevarán a cabo para la implementación del cambio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Realizar completo registro y seguimiento en ISOLUCION a las acciones de mejora que se llevan a cabo para la implementación del cambio, definidos por parte de las diferentes unidades organizacionales.                                          |
| <b>3. Revisión por la Dirección</b> | Ausencia de los registros numéricos de salida ( <b>decisiones</b> y <b>acciones</b> relacionadas con necesidad de recursos) durante la revisión por la dirección, ni acciones relacionadas con las necesidades de recursos como salida de la revisión por la dirección, se encuentra registrado como "resultado relevante" en el acta RAD 2022 que: "se <b>destinaron</b> los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del SIG".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar un registro visible y cuantificado en relación con necesidades de recursos, representando la salida de la revisión por la dirección, como lo contempla NTC-ISO 9001:2015 Revisión por la dirección, numeral 9.3.3                       |

### CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. Se verifico el **cumplimiento de los requisitos** de la norma técnica colombiana: NTC-ISO 9001:2015 y requisitos del SIG, encontrándose, un adecuado grado de eficacia y eficiencia en términos de cumplimiento normativo. Se destacan aspectos positivos en la alineación con los objetivos institucionales y la satisfacción de evaluación de la satisfacción del cliente.
2. Se encontraron **fortalezas** relacionadas con: Disposición y actitud receptiva del personal evaluado, compromiso con la actualización y mantenimiento de las acreditaciones, progreso significativo en la modificación de los procedimientos, capacidad de adaptación y la disposición



para optimizar los procesos, compromiso por parte del Jefe de la Oficina de Planeación como Representante de la Dirección y enfoque estructurado del SIG, donde los procesos están claramente definidos.

3. Se evaluaron los **controles** incluidos en el SIG y se encontraron **falencias** relacionadas en las no conformidades del presente informe: La no adopción de las actualizaciones de la metodología para la administración del riesgo proporcionada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6; la no determinación ni el cumplimiento regular los requisitos reglamentarios institucionales; La no realización de análisis oportuno de datos que surgen de la medición de los indicadores; la discrepancia entre el alcance establecido en el documento institucional DG-M-P-125 y lo contemplado para el diseño y desarrollo del servicio pericial a través del DG-M-P-024, y la Inconsistencia en los elementos de entrada (en el Informe de la Revisión del SIG nacional, regional y los datos registrados en el sistema ISOLUCION junto con la ausencia de elementos de salida durante la revisión por la dirección
4. La evaluación de los **controles** del único riesgo asociado al proceso Administración del SIG auditado, revela falencias en los seguimientos efectivos ("Posibilidad de Pérdida de Imagen, por la inadecuada toma de decisiones, debido a la inapropiada formulación, medición y análisis de indicadores"), se considera identificar nuevos riesgos y optimizar los controles garantizando una gestión efectiva. Se destaca la importancia de implementar las actualizaciones de la metodología para la administración del riesgo proporcionada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" v6, noviembre 2022 con el fin de mantener una vigilancia continua sobre los riesgos.
5. Las **acciones** incluidas en los planes de mejoramiento, derivadas de la auditoría interna 2022, muestra debilidades, que se identificaron en aspectos de mejora para la implementación de acciones correctivas.
6. Se realizó la **auditoria presencial**, esta auditoría tuvo presente el **protocolo de los roles** para la realización de auditorías remotas en el INMLCF tal como lo establece el Memorando No.052-DG-2020 y Memorando No. 0046-DG-2020 lineamientos para la ejecución de auditorías internas en el INMLCF (4 de mayo), utilizando concomitantemente herramientas como Google-Meet, Teams, One- Drive

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)

FECHA DE ELABORACIÓN

GENOVEVA GONZALEZ FONSECA

2024-02-26