



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 1 de 3

ID DE LA AUDITORIA: AI-17-2023	PROCESO A AUDITAR: Gestión del Servicio Pericial – Balística	UNIDAD ORGANIZACIONAL: Laboratorio de Balística Dirección Seccional Norte de Santander – Cúcuta Laboratorio de Balística- Dirección Regional Oriente - Tunja	FECHA DE AUDITORIA: Planeación: 2023-04-24 a 2023-05-05 Ejecución: 2023-05-08 al 2023-05-09 y del 2023-05-16 al 2023-05-17 Informe: 2023-05-23 a 2023-06-02
--	--	---	---

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma técnica colombiana: NTC-ISO/IEC 17025:2017, para mantener y garantizar el Sistema Integrado de Gestión en el laboratorio y el desarrollo de los procesos acorde con la normatividad vigente.
Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento (Acciones Preventivas y Acciones Correctivas) producto de las auditorías internas
Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos asociados al proceso auditado
Verificar cumplimiento de los objetivos estratégicos relacionados con el proceso auditado.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

En el periodo comprendido entre la última auditoria hasta la fecha de la presente auditoría, para los documentos definidos en los criterios de la auditoría.

CRITERIOS DE AUDITORIA:

1. NTC-ISO/IEC 17025:2017
Numeral 4 REQUISITOS GENERALES
Numeral 5 REQUISITOS ESTRUCTURA
Numeral 6 REQUISITOS RECURSOS
Numeral 7 REQUISITOS PROCESO
Numeral 8 REQUISITOS SISTEMA DE GESTION
2. Criterios Específicos de Acreditación de ONAC
DCE-676 Reglas del servicio de acreditación RAC-3.0-01 Versión 09.
DCE-661 Reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado, RAC-3.0-03
DCE-616 Criterios específicos de acreditación - Trazabilidad metrológica, CEA-3.0-02
DCE-479 Política para la participación en ensayos de aptitud en laboratorios, CEA-3 0-04
3. Normatividad vigente aplicable al área y documentos del Sistema Integrado de Gestión relacionados con el proceso a auditar
4. Documentos técnicos
4.1 Dirección Seccional Norte de Santander:
DG-M-PET-016 ESTUDIO COMPARATIVO DE PROYECTILES Y VAINILLAS DE ARMAS DE FUEGO
AMPLIACION
DG-M-PET-063 ESTIMACIÓN DEL RANGO DE DISTANCIA DE DISPARO EN PRENDAS DE VESTIR POR ESTUDIO FÍSICO Y QUÍMICO
4.2 Dirección Regional Oriente- Tunja:
DG-M-PET-016 ESTUDIO COMPARATIVO DE PROYECTILES Y VAINILLAS DE ARMAS DE FUEGO
DG-M-PET-063 ESTIMACIÓN DEL RANGO DE DISTANCIA DE DISPARO EN PRENDAS DE VESTIR POR ESTUDIO FÍSICO Y QUÍMICO
Normatividad Interna:
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"



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 2 de 3

AUDITOR LÍDER: NOMBRE GRACE ALEXANDRA TERREROS IBÁÑEZ	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) SIN NOMBRE(S)	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) ALEXANDER GIRALDO GALLEGONOMBRE(S)	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NOMBRE(S) SIN
--	---	--	--

A continuación se presentan las no conformidades y un resumen de los aspectos favorables y evidencias de la Auditoría al Proceso Servicio Pericial, así como la conclusión registrada en el informe original (datos sensibles protegidos)

ASPECTOS FAVORABLES

Dirección Seccional Norte de Santander:

1. La organización de la documentación tanto física como electrónica, el control de registros, la disponibilidad de la información
2. El indicador de oportunidad, el Laboratorio supera la meta.
3. La satisfacción del cliente se encuentra en el 100%
4. Compromiso del ROT con la implementación del SIG.
5. Competencia técnica del ROT- Experto Técnico
6. Compromiso de la Dirección Regional para el mantenimiento de la implementación del SIG, se designó a una funcionaria como facilitadora del SIG para el Grupo Regional de Ciencias Forenses quien estuvo presente durante todo el ejercicio de auditoría y aportó las evidencias solicitadas de manera oportuna.

Dirección Seccional Boyacá:

1. La Dirección Seccional destina un día cada quince días para revisar y ejecutar tareas del SIG.
2. Los controles establecidos para la seguridad de la información, solamente los usuarios del personal del Laboratorio tienen acceso a los computadores en los que se maneja la información.
3. La implementación del código de barras para la identificación en los empaques de los EMPs.
4. La competencia del Personal del Laboratorio para la ejecución de los ensayos
5. La disposición del personal del Laboratorio, de la Dirección Seccional y de la Dirección Regional para el buen desarrollo de la auditoría.

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

NO CONFORMIDAD No. 1

Descripción:	El laboratorio de Balística, no realiza la medición de todos los objetivos del Proceso Servicio Pericial, tampoco gestiona acciones correctivas cuando el indicador no alcanza la meta establecida.
Requisito aplicable:	NTC-ISO-IEC 17025 numerales 8.2.1. – 8.7.1 - Caracterización de Procesos Gestión del Servicio Pericial – DG-M-CARACT-047- Procedimiento Gestión de indicadores institucionales DG-E-P-023. Actividad 3. – Procedimiento Gestión de Acciones Correctivas – Acciones Preventivas y Acciones de Mejora DG-C-P-014 V13. Actividades 1, 2, 3, 4 y 5
Evidencia objetiva:	Dirección Seccional Norte de Santander: Evidencia objetiva: En el Informe de Revisión por la Alta Dirección de 2022, no se presentaron los indicadores de evacuación ni de cumplimiento de Tiempo de Respuesta de los informes periciales evacuados. Dirección Seccional Boyacá: Evidencia objetiva: En el informe de revisión por la alta dirección de 2023-02-20, se presenta la medición del indicador de oportunidad, el cual no cumple con la meta establecida, sin embargo, en el mismo informe se menciona que no se generarán acciones correctivas

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	El laboratorio de Balística, no se asegura el mantenimiento planificado del equipamiento para asegurar su funcionamiento apropiado.
Requisito aplicable:	NTC ISO 17025 NUMERAL 6.4.3. Administración de equipos DG-A-P-021 Actividad 6.
Evidencia objetiva:	Dirección Seccional Norte de Santander.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA

Página 3 de 3

El mantenimiento preventivo para la cabina de gases de placa XXXX, está planeado anualmente, según el Listado Maestro de Equipos. Se encontró que la última calificación efectuada a la cabina es del 2021-12-27.

Dirección Seccional Boyacá

En el reporte de mantenimiento de la cabina de Extracción de Gases de placa XXX, se evidenció que no se hizo la verificación del estado de los filtros de la cabina.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. Se verificó el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017, los criterios específicos de acreditación y el desarrollo de los

procesos acorde con la normatividad vigente, evidenciado la implementación del SIG y mejora continua del proceso.

2. Se verificaron las acciones implementadas a raíz de las No Conformidades detectadas en la Auditoría Interna AI-27-2022, de las que se derivan las acciones correctivas registradas en Resolución con los números 2726,2728, 2739, 2731, 2732 y 2740, encontrando que no se plantearon acciones para la Dirección Seccional Norte de Santander, excepto para la AC2732 que se encuentra abierta con fecha límite de implementación de la acción 2023-04-30, se encuentra seguimiento de la acción el 2022-12-22. Para la Dirección Seccional Boyacá tampoco se plantearon acciones a ejecutar.

Respecto a la oportunidad de mejora: Aumentar el número de mantenimientos al año para los macroscopios de tal forma que no se presenten sombras, los equipos de las Direcciones Seccionales Norte de Santander y Boyacá se encuentran funcionando correctamente en el momento del atestiguamiento, no presentan sombras.

3. Se evaluó la efectividad de los controles asociados a los riesgos de corrupción para la vigencia 2023, cuyos controles se encuentran planteados en las Acciones Preventivas registradas en Resolución con los números 1040,1046,1053,1055,1044,1059,1060,1066 y 1069. Acciones que se encuentran aún en ejecución sin que se hayan vencido los plazos establecidos. A la fecha no se han establecido los riesgos de gestión para la vigencia 2023.

4. Se verificó la medición de los siguientes objetivos:

Aumentar el nivel de satisfacción del cliente: Los Laboratorios evaluados cumplen la meta-

Mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios (tiempo de respuesta: Dirección Seccional Norte de Santander cumple la meta, Dirección Seccional

Boyacá no cumple la meta).

Evacuación: No se midió para las Direcciones Seccionales Santander ni Boyacá:

Cumplimiento del tiempo de respuesta: No se midió en Dirección Seccional Santander ni en Dirección Seccional Boyacá.

Ampliar la aplicación de estándares nacionales e internacionales en la prestación de los servicios: No se tiene meta establecida

Fortalecer la competencia del talento humano: No se tiene meta establecida

Asegurar que los peritos del Instituto declaren sus conflictos de interés oportunamente, con el fin de garantizar a la administración de justicia su imparcialidad: No se declararon conflictos para el Laboratorio de Balística según los reportes de los Informes de la Revisión Del Sistema Integrado de Gestión de 2023-02-20: Dirección Regional Nororiente y de 2022-02-20 (error en la fecha desde el Informe de Revisión por la Alta Dirección, el periodo evaluado fue 2022) para la Dirección Regional Oriente.

5. Casos atestiguados: DSNSXXXXXX, DSNSXXXXXX, DSBY-XXXXXX, DSBY-XXXXXX.

El periodo de ejecución de la auditoría se llevó a cabo de manera presencial sin ningún contratiempo. Se utilizaron las herramientas Google Drive para compartir información y Google Meet para las reuniones (remotas-presenciales) planteadas en el plan de auditoría.

6. Durante las reuniones de avance y cierre, se dio espacio para que los auditados argumentaran los hallazgos encontrados y teniendo en cuenta las observaciones realizadas se ajustaron aquellas que aplicaron en el informe.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)

FECHA DE ELABORACIÓN

Grace Alexandra Terreros Ibáñez

2023-07-24